

Kwetsbaar en zelfstandig

Een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen

Radboud Universiteit Nijmegen
George de Kam, Daniëlle Damoiseaux,
Laura Dorland en Roos Pijpers

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Martha van Biene en Erik Jansen

Universitair Medisch Centrum Groningen
Joris Slaets

Institute for Management Research
Creating knowledge for society

Nijmegen, september 2012



Kwetsbaar en zelfstandig

Een onderzoek naar de effecten van
woonservicegebieden voor ouderen

Nijmegen, september 2012

Auteurs:

George de Kam, Daniëlle Damoiseaux, Laura Dorland en Roos Pijpers, Radboud Universiteit Nijmegen,
Institute for Management Research - SCAPES

Martha van Biene en Erik Jansen, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Kenniscentrum HAN SOCIAAL,
Lectoraat Lokale Dienstverlening vanuit Klantperspectief

Joris Slaets, UMC Groningen, Universitair Centrum Ouderengeneeskunde

Voor correspondentie:

woonservicegebied@fm.ru.nl

www.wonenouderen.nl

Dit rapport is mede mogelijk gemaakt door inhoudelijke bijdragen van:

Joos Meesters en Karen Lips, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Jeroen Singelenberg - Platform 31 (voorheen SEV)

Bureau HHM - ABF Research - Object Vision BV

Mathieu de Greef - Hanzehogeschool Groningen

Monique Engelbertink en Geke Flier - Saxion Hogeschool

Margriet Pol - Hogeschool van Amsterdam

Inge Scheijmans - Hogeschool Utrecht

Eric Hageman - Hogeschool Zeeland

Cathy Sjerps - Windesheim Hogeschool

Niesje Snijder en Timon Lely

Dit onderzoek is mede gefinancierd door ZonMw in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg, Stichting Maatschappelijke Locatie Ontwikkeling (MLO), Actiz organisatie van zorgondernemers en Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV).

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
Leeswijzer	12
1. Inleiding.....	13
2. Woonservicegebieden.....	15
3. Effecten meten: methodologische verantwoording	23
4. Proeftuinen.....	29
5. Zelfstandig wonen	44
6. Welbevinden en gezondheid.....	60
7. Informele zorg en professionele diensten	80
8. Doelmatigheid	99
9. Perspectieven van ouderen in woonservicegebieden.....	108
Referenties	114
Bijlagen	116
Samenstelling onderzoeksteam en externe contacten	117

Samenvatting

Op veel plaatsen in Nederland zijn woonservicegebieden. Deze zijn bedoeld om ouderen, door het aanpassingen van woningen en het bieden van een gecoördineerd aanbod aan voorzieningen, diensten en zorg, zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. De ondersteuning aan ouderen wordt geleverd vanuit diverse wetten voor zorg en welzijn, waaronder de Zvw, AWBZ en Wmo. Binnen deze domeinen biedt een grote diversiteit aan organisaties diensten aan. De komende jaren verschuiven de grenzen tussen de domeinen. Het basispakket aan verzekerde zorg krimpt, terwijl gemeenten steeds meer verantwoordelijk worden voor de ondersteuning van kwetsbare burgers.

In het onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen zijn tien woonservicegebieden onderzocht, in principe één per provincie. Het evaluatieonderzoek sluit aan bij een programma met pilotprojecten, drie jaar geleden opgezet door de SEV, nu Platform 31. Woonservicegebieden zijn lokale initiatieven, de regie ligt vaak bij de gemeente, maar we hebben ook gebieden onderzocht waar de woningcorporatie of een zorgaanbieder een trekkende rol vervult. De belangrijkste doelstellingen van het onderzoek zijn:

- Achterhalen wat de effecten zijn van woonservicegebieden op het gebied van zelfstandig wonen, gezondheid, welbevinden (waaronder sociale relaties), gebruik van en ervaringen met informele en formele zorg;
- Uitspraken doen over de doelmatigheid van de arrangementen in woonservicegebieden;
- Mede gebaseerd op verschillende praktijken en de uitkomsten van het onderzoek: aanbevelingen formuleren.

Het onderzoek is uitgevoerd door een team van de Radboud Universiteit (George de Kam en collega's), Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (Martha van Biene en collega's) en het UMC Groningen (Joris Slaets). Het grootste deel van het (omvangrijke) veldwerk is gedaan door (werk)studenten van verschillende hogescholen, die hiervoor een speciale training hebben gekregen.

Het onderzoek combineert kwantitatief onderzoek (10x150 enquêtes) met kwalitatief in het bijzonder narratief onderzoek (10x35 interviews). Deze onderdelen zijn volgtijdelijk uitgevoerd, de uitkomsten zijn bij elkaar gebracht enerzijds in lokale rapporten – die inmiddels zijn besproken met lokale partijen als aanzet voor implementatie – en anderzijds dit onderzoeksrapport.

Per proeftuin hebben 150 ouderen een uitgebreide vragenlijst ingevuld; met een deel van de vragen is aangesloten bij lopend onderzoek van het UMC Groningen, zodat een basis voor vergelijking van effecten kon worden gecreëerd. Bij de selectie van de respondenten is een verdeling gekozen waardoor ook de wat meer kwetsbare ouderen goed in het onderzoek vertegenwoordigd zijn. De uitkomsten worden in dit rapport gerapporteerd in rond vier thema's:

- Zelfstandig wonen
- Gezondheid en welbevinden
- Informele en professionele zorg
- Doelmatigheid

Hierna volgt de kern van de conclusies over de eerste drie thema's

Zelfstandig wonen

Een belangrijk effect dat van woonservicegebieden wordt verwacht is dat ouderen er langer zelfstandig kunnen wonen, en uit de verhalen die we in dit onderzoek hebben opgetekend blijkt zonneklaar hoe belangrijk ouderen dit zelf vinden. Het onderzoek heeft twee aanwijzingen opgeleverd dat ouderen in woonservicegebieden langer zelfstandig wonen. De eerste is dat (in 2008) het aantal zelfstandig wonende ouderen van 80 jaar en ouder als percentage van het aantal zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar en ouder vijf jaar eerder hoger ligt in de proeftuinen dan in de vergelijkingsgebieden. En de tweede aanwijzing is dat in woonservicegebieden de verhouding tussen het aantal ouderen van 75 of 85 jaar en ouder dat AWBZ-zorg gebruikt en het aantal bedden in zorgwoningen, verzorgings- en verpleeghuizen gelijk of hoger ligt dan het Nederlands gemiddelde, respectievelijk de vergelijkingsgebieden. Dit betekent dat in woonservicegebieden een minstens even hoog, en vaak hoger aantal ouderen gebruik maakt van extramurale AWBZ-zorg dan daarbuiten, en (dus) zelfstandig woont. Ook dit kengetal is gebaseerd op cijfers van enkele jaren geleden, en het is uiteraard mede een uitdrukking van de in het verleden tot stand gekomen ruimtelijke spreiding van bedden in zorglocaties. Het is dus mogelijk dat initiatiefnemers voor woonservicegebieden locaties hebben gekozen waar de voorwaarden voor (of noodzaak tot) zelfstandig wonen al naar verhouding sterk aanwezig waren. Zeker is dat in deze gebieden gedurende een langer of korter aantal jaren beleid is gevoerd om het zelfstandig wonen verder te bevorderen, en dat – als ouderen het al zouden willen – de keuze voor intramuraal wonen steeds verder wordt ingeperkt. Dat betekent dat het voor ouderen vooral van belang is wat woonservicegebieden kunnen bijdragen aan het op peil houden – en liefst verbeteren – van hun kwaliteit van leven als zij zelfstandig wonen en het aantal beperkingen en de kwetsbaarheid toenemen.

Gebleken is dat geschikte of aangepaste woningen daarvoor een essentiële conditie zijn, die er in belangrijke mate voor kan zorgen dat ouderen die met meer beperkingen te maken krijgen in een vergelijkbare positie blijven met betrekking tot hun tevredenheid over de woonsituatie als ouderen die (nog) geen aanpassingen nodig hebben. Maar dan is het wel nodig dat die aanpassingen als maatwerk worden aangebracht op een manier waar ouderen tevreden over zijn. Eigenaar-bewoners verdienen wat dat betreft bijzondere aandacht.

Ouderen benoemen ook de nabijheid van voorzieningen, verkeersveiligheid, sociale veiligheid en het plezier dat zij aan de woonomgeving beleven als factoren die belangrijk zijn voor zelfstandig wonen. Factoren die een statistisch significante verklaring bieden voor verschillen in de tevredenheid van ouderen in de woonservicegebieden zijn – naast de reeds genoemde tevredenheid over de aanpassing van woningen – de mate waarin men beperkingen heeft en binnenshuis zelfstandig kan functioneren, de overweging om te verhuizen en de mate waarin men zich (on)veilig voelt. Factoren als verkeersveiligheid, de bereikbaarheid van voorzieningen en diensten en de mogelijkheden om zelfstandig buiten te kunnen functioneren hebben geen significante verklaringskracht. Dat wil niet zeggen dat ze onbelangrijk zijn – ouderen praten er veel over – maar factoren ‘binnenshuis’ naast de sociale veiligheid als meer beladen factor uit de omgeving zijn kennelijk van groter gewicht. Dit past in het patroon van de medische voorzieningen die mensen vanzelfsprekend vinden, terwijl ze al het andere als bonus beschouwen. Ze maken dus kennelijk een scherp onderscheid wat noodzakelijke voorwaarden zijn en wat wenselijke voorwaarden zijn.

Op een meer algemeen niveau kunnen we uit de uitkomsten met betrekking tot zelfstandig wonen en de tevredenheid over de woonsituatie ook concluderen dat het Nederlandse systeem voor wonen, welzijn en zorg in dit opzicht goed werkt, omdat die tevredenheid niet afhangt van het inkomen, het zijn van huurder of woningeigenaar, en ook niet van een belangrijke persoonlijke omstandigheid zoals het hebben van een partner. Het betekent namelijk dat tevredenheid met de woonsituatie ook vooral door maatregelen op het microniveau van individuele personen en hun woningen wordt beïnvloed. Daarnaast vonden we een

verschil tussen proeftuinen in de mate waarin het welbevinden van ouderen – afgeleid van de mate waarin men zegt gelukkig te zijn – een verklaring vormt voor verschillen in de gevoelde noodzaak om naar een meer aangepaste woning of uiteindelijk verzorgingshuis te verhuizen. Dit effect lijkt te worden gedempt wanneer het arrangement in het woonservicegebied betere kansen biedt op ondersteuning bij psychosociale problemen. Een vergelijkbaar verschijnsel zien we bij de verschillen tussen proeftuinen in het effect van zelfstandig kunnen functioneren in huis op de tevredenheid over de woonsituatie. Dit verschil zou te maken kunnen hebben met de mate waarin het lokale arrangement alle ouderen weet te bereiken. Naar tevredenheid zelfstandig kunnen blijven wonen lijkt dan ook direct en indirect samen te hangen met de inrichting van het woonservicegebied. Daarbij staat, zoals uit de narratieven blijkt, een zeer sterke behoefte om binnenshuis te kunnen functioneren voorop.

Welbevinden en gezondheid

In dit hoofdstuk zijn ouderen aan het woord geweest over hun gezondheid en welbevinden, zoals zij dat dagelijks beleven in de context van de woonservicegebieden. Daarnaast hebben we enkele hypothesen getoetst die zijn afgeleid uit de veranderingstheorie voor woonservicegebieden. De veronderstelling dat in woonservicegebieden meer ouderen met gezondheidsproblemen wonen dan daarbuiten moet op grond van de meeste analyses die we hebben gemaakt worden verworpen; alleen op basis van het aantal ouderen dat (naar de gegevens van het CAK over 2010 extramurale AWBZ-zorg ontvangt vinden we een lichte aanwijzing dat de hypothese aanvaard zou kunnen worden.

Ook de hypothese dat zelfstandig wonende ouderen in woonservicegebieden kwetsbaarder zijn moet verworpen worden, maar voor een deel komt dat doordat er verschillen zitten in de manier waarop in de proeftuinen en de controlegebieden respondenten geselecteerd zijn. Dat geldt bij een toets met veel controlevariabelen ook voor de deels daaraan tegengestelde hypothese, dat ouderen in woonservicegebieden zich fitter voelen. Deze hypothese kan alleen bevestigd worden wanneer we de populatie van het vooronderzoek vergelijken met die van de controlegebieden, waarbij we alleen (kunnen) controleren voor het medicijngebruik.

Evenmin vonden we dat ouderen in woonservicegebieden een hoger welbevinden hebben dan ouderen in andere gebieden, dat zij minder psychische problemen hebben, of dat zij zich minder eenzaam voelen en betere sociale relaties hebben. De enige hypothese die wel kan worden aanvaard is dat ouderen in woonservicegebieden beter kunnen omgaan met gezondheid en ziekte.

Uit de analyses blijkt dat – met uitzondering van coping – niet zozeer het niveau van de genoemde variabelen of uitkomsten verschilt tussen de woonservicegebieden – maar wel de mate waarin toenemende beperkingen effect hebben op het afnemen van welbevinden en andere uitkomstmaten. In het algemeen kan gezegd worden dat er in woonservicegebieden factoren werkzaam zijn waarvan een ‘dempende werking’ uitgaat. Concreet hebben we gevonden:

- Naarmate beperkingen toenemen is het effect op de mate waarin men psychische problemen heeft minder sterk;
- Bij toenemende kwetsbaarheid stijgen de copingproblemen minder snel;
- Bij toenemende beperkingen (gerelateerd aan stemmingsproblemen en geheugenfuncties) stijgen de copingproblemen minder snel en gaat de kwaliteit van het contact met andere mensen minder snel achteruit;
- Bij toenemende kwetsbaarheid neemt het welbevinden minder snel af.

Deze effecten zijn belangrijke aanwijzingen dat woonservicegebieden werken zoals beoogd wordt met de inspanningen die verschillende partijen in deze gebieden verrichten. Uit de vergelijking van de proeftuinen hebben we afgeleid dat de beschreven dempende effecten samenhangen met kenmerken van de ‘software’ van de arrangementen. De proeftuinen waar deze effecten sterker optreden kenmerken zich

door (betere condities voor) een netwerk waarin ouderen enerzijds zelf relatief makkelijk kunnen participeren, anderzijds de communicatie tussen verschillende professionals, adviseurs en ondersteuners (al dan niet vrijwillig) zo is ingericht dat ouderen ‘gekend’ worden, en een (gedifferentieerd) ondersteuningsaanbod zo veel mogelijk ouderen kan bereiken.

Ouderen zelf vinden het belangrijk om regie te houden als zich gezondheidsproblemen of beperkingen aandienen, en willen zich zo lang mogelijk zelf redden. Mobiliteit is in dat verband van grote betekenis, en daarmee ook het belang van hulpmiddelen en voorzieningen die mobiliteit zo goed mogelijk op peil houden. Ouderen zijn sterk in het vinden van eigen oplossingen om beperkingen het hoofd te bieden, zoals het verdelen van activiteiten over de dag. Maar zij hebben het ook moeilijk met het opgeven van de dingen die zij niet meer kunnen, en zoeken dan steun in zingevende activiteiten, door zich te spiegelen aan anderen, door het inschakelen van familie, burens of vrienden. Voor mensen die beperkt sociale steun ervaren heeft coping veel moeilijker, en sommige ouderen vertellen dat hun leven eigenlijk wel ‘klaar’ is. Beperkte sociale steun heeft allerlei achtergronden: van een recente eigen verhuizing tot het afwijzen van contacten met nieuwelingen in de buurt door anderen, van het verlies van de partner of grote afstand tot familie tot het niet kunnen participeren in een wat gesloten lokale gemeenschap. Wanneer we de vragen van ouderen zien in het perspectief van de mogelijkheden om hen in het kader van een woonservicegebied te ondersteunen, zal het er vooral om gaan om de autonomie van ouderen te waarderen en het verband tussen autonomie en welbevinden te herkennen en in coproductie met ouderen, hun netwerk en vrijwilligers of professionals maatwerk te organiseren in de ondersteuning en zorg waar dat nodig is.

Informele zorg en professionele diensten

Wanneer beperkingen en kwetsbaarheid toenemen komt er een moment dat ouderen ondersteuning en zorg nodig hebben om het zelfstandig wonen met behoud van voldoende kwaliteit van leven vol te houden. De verschillende maatregelen die initiatiefnemers van woonservicegebieden nemen om hiervoor faciliteiten te bieden vormen een belangrijk onderdeel van de – veelal software – van het arrangement. Over de effecten van die maatregelen hebben zij verwachtingen uitgesproken, die er in het algemeen van uitgaan dat het gebruik van (zwaardere) zorg kan worden uitgesteld, of gesubstitueerd door lichtere zorg dan wel informele zorg en ondersteuning. En de basis is natuurlijk dat geprobeerd wordt de eigen kracht en mogelijkheden van ouderen zo volledig mogelijk in te zetten.

Het beleven van eigen autonomie en regie is ook in relatie tot zorg en ondersteuning als een centraal thema uit de verhalen van de ouderen naar voren gekomen. Nooit horen we dat ouderen anderen inschakelen als dat eigenlijk nog niet nodig is, eerder is er sprake van aarzeling, het niet willen doen van een beroep op de omgeving omdat dat ook een nieuwe afhankelijkheid schept. Men wil niet als oud en zielig benaderd worden, er is een zekere vraagverlegenheid, soms ook vindt men dat de instanties moeilijk te benaderen zijn en is een zet nodig van kinderen, vrijwilligers of een bemiddelende professional. Een deel van de ouderen is ook behoorlijk assertief, reageert afwijzend op professionals die hen niet in hun waarde laten en voelt zich trots op wat men zelf regelt.

De eerste kring waar veel ouderen een beroep op (kunnen) doen - en ook bij voorkeur doen - zijn nabije personen zoals partners, familie, burens. Met die steun worden veel praktische, maar ook emotionele problemen opgelost. Een aspect dat veel ouderen daaraan verbinden is wederkerigheid, niet alleen nemen, maar ook naar eigen vermogen geven. We vinden dat terug in de aanzienlijke bijdrage van ouderen aan vrijwilligerswerk in de buurt, en in wederdiensten aan familie en burens, maar vaak voelt men zich niet voldoende erkend in die behoefte aan wederkerigheid – het representeert kapitaal dat nog onvoldoende wordt benut. De andere kant van de medaille is dat er grenzen zijn aan de belasting van het netwerk dat informele ondersteuning biedt, en dat ook niet alle ouderen over voldoende netwerk beschikken – en het

netwerk wordt ook kleiner door overlijden van partners en andere vertrouwde personen. Belemmeringen kunnen tevens voortvloeien uit de eigen normatieve houding over hoe wederzijdse ondersteuning ingevuld zou moeten worden.

De professionele zorg komt naar verhouding weinig voor in de verhalen over het dagelijks leven van zelfstandig wonende ouderen, met uitzondering van de huisarts – die bij veel – niet alleen medische – problemen een belangrijk persoon is, en de verzorgers die bij de ouderen aan huis komen. In het algemeen zijn ouderen tevreden over de geboden professionele zorg, als er al kritiek is gaat het over bejegening, personele wisselingen, slechte bereikbaarheid van ziekenhuizen en onduidelijkheden over waar men terecht kan. Ouderen hebben geen zicht op wat er allemaal achter de schermen van een woonservicegebied gebeurt: als het voor hen werkt, is het goed.

We hebben op een aantal manieren de hypothesen over de werking van een woonservicegebied in relatie tot informele en professionele zorg en ondersteuning getoetst. Er zijn geen aanwijzingen dat ouderen in woonservicegebieden meer gebruik maken van informele zorg dan daarbuiten. Omdat een woonservicegebied een alternatief wil bieden voor intramuraal verblijf veronderstellen we dat ouderen hier meer thuiszorg gebruiken dan buiten de woonservicegebieden: ook deze hypothese moeten we verwerpen, zowel op grond van algemene statistische gegevens over de proeftuinen en hun vergelijkingsgebieden, als op grond van onze eigen enquête. Als laatste blijkt ook dat ouderen in woonservicegebieden niet minder dan elders gebruik maken van huisarts, specialist(en) paramedische of psychosociale zorg. Wel is het aantal ziekenhuisopnames van ouderen in (of woonachtig in) woonservicegebieden significant lager dan daarbuiten. Uiteraard is bij al deze analyses gecorrigeerd voor variabelen die significant de betreffende uitkomstmaten voorspellen, in alle gevallen zijn dat beperkingen, soms ook de kwetsbaarheid (zoals bij het bezoeken van meerdere specialisten) en / of het hebben van een partner (bij huisartsengebruik en het bezoeken van meerdere specialisten).

De strekking van al deze analyses is duidelijk: er is – met uitzondering van de ziekenhuisopnames en de reeds in hoofdstuk 5 besproken aanwijzing dat in woonservicegebieden een groter aandeel van de ouderen extramurale AWBZ zorg krijgt – geen bevestiging gevonden van de hypothesen over het veronderstelde substitutie-effect. Anders gezegd: op het niveau van de individuele oudere zijn er nauwelijks verschillen in het patroon van (de combinatie van) informele en professionele zorg en ondersteuning van thuiswonende ouderen, maar het aantal ouderen dat er gebruik van maakt zal verschillen.

Naast verschuivingen in volume is ook verondersteld dat de tevredenheid over de zorg hoger zou liggen in woonservicegebieden. Zowel in de woonservicegebieden als in de controlegebieden zegt meer dan 95% van de ouderen dat zij alle zorg krijgen die zij nodig hebben, en er is tussen de beide soorten gebieden geen significant verschil, dat zelfde geldt voor de tevredenheid over de samenwerking van zorgaanbieders.

Na deze vergelijkingen tussen woonservicegebieden zijn ook de verschillen tussen de proeftuinen onderling geanalyseerd. Voor wat betreft substitutie van informele zorg en thuiszorg vinden we daarbij wel weer een enkele aanwijzing voor substitutie: respondenten in Zeevang en Hoogeveen ontvangen significant meer informele zorg dan in Hengelo; omdat in Hengelo een goed functionerend wijkzorgteam werkt, en in de andere twee proeftuinen minder, kan dit een aanwijzing zijn dat betere thuiszorg eerder een substituuut is voor informele zorg, dan andersom. Over alle proeftuinen is het echter opvallend dat de veronderstelde substitutie niet wordt gevonden: het is juist zo dat het gebruik van informele zorg een hoger gebruik van thuiszorg voorspelt: beide gaan dus gelijk op. De sterkte van het effect verschilt echter per proeftuin, en het is aannemelijk dat het verschil onder andere samenhangt met de kwaliteit van de infrastructuur voor het ondersteunen en stimuleren van informele zorg. Een rivaliserende verklaring blijft dat verschillen vooral verklaard worden door de kwaliteit van de infrastructuur die thuiszorg ‘aan de man brengt’. Beide elementen komen in wisselende combinatie voor in de arrangementen.

Van belang is ook de relatie die gevonden is met het inkomen: ouderen die een hoger inkomen hebben maken minder gebruik van informele zorg; het is aannemelijk dat dit mede verklaard kan worden omdat zij meer mogelijkheden hebben om privé ondersteuning of diensten in te kopen. Een opvallende uitkomst is verder, dat ouderen in aangepaste woningen – na controle voor andere variabelen zoals beperkingen – minder gebruik maken van thuiszorg: dit is een aanwijzing dat woningaanpassingen bijdragen aan de zelfredzaamheid van ouderen, en niet alleen bijdragen aan het uitstellen van intramuraal verblijf, maar mogelijk ook aan het verminderen van het volume en de kosten voor thuiszorg.

De betekenis van deze uitkomsten voor lokaal beleid is dat het in de eerste plaats van belang is om in contact te komen en te blijven met de ouderen in een wijk, voeling te houden met hoe hun behoefte aan ondersteuning en zorg zich ontwikkelt en faciliteiten te bieden zodat zij hun eigen oplossingen kunnen vinden voor hun eigen hulpvraag. De kunst is om met hen de mogelijkheden van informele zorg zo goed mogelijk te benutten, maar te vermijden dat hun sociale systeem overbelast raakt. Daarvoor is een goed werkende infrastructuur nodig die mantelzorgers ondersteunt en van tijd tot tijd ontlast, maar ook tijdig passende thuiszorg weet te garanderen.

Conclusies

Als algemene conclusies vermelden we:

- Het is gezien de steeds meer beperkte intramurale capaciteit vooral belangrijk te werken aan de kwaliteit van leven bij de realiteit van zelfstandig wonen die voor het merendeel van de ouderen geldt: niet (alleen) langer, maar vooral met zo veel mogelijk behoud van kwaliteit zelfstandig wonen
 - De woonservicegebieden zijn allemaal verschillend (naar arrangement, stedelijk of dorps, woningvoorraad, moment van initiatief en graad van realisatie) en daarom zijn de effecten ook nogal gevarieerd
 - Er zijn aanwijzingen dat ouderen in woonservicegebieden langer zelfstandig wonen, en dat er meer ouderen zelfstandig wonen – dit lijkt een combinatie van de selectie van de gebieden waar deze initiatieven zijn genomen en sindsdien gevoerd beleid, en het is een uitkomst overeenkomstig de doelstellingen van woonservicegebieden
 - Woonservicegebieden sluiten goed aan bij de wensen van ouderen, onder andere door de aanwezigheid van geschikte/aangepaste woningen, voorzieningen in de nabijheid, organisatie van activiteiten en diensten, en een bepaalde infrastructuur voor ondersteuning, welzijn en zorg
 - Naast de bijdrage aan (langer) zelfstandig wonen is de belangrijkste uitkomst van het onderzoek dat woonservicegebieden er voor zorgen dat zij beter met hun problemen kunnen omgaan (coping) en dat op enkele belangrijke terreinen hun welbevinden minder hard achteruitgaat als ouderen te maken krijgen met toenemende beperkingen of kwetsbaarheid. In het algemeen kan gezegd worden dat er in woonservicegebieden factoren werkzaam zijn waarvan een ‘dempende werking’ uitgaat. Concreet hebben we gevonden:
 - Naarmate beperkingen toenemen is het effect op de mate waarin men psychische problemen heeft minder sterk;
 - Bij toenemende kwetsbaarheid stijgen de copingproblemen minder snel;
 - Bij toenemende beperkingen (gerelateerd aan stemmingsproblemen en geheugenfuncties) stijgen de copingproblemen minder snel en gaat de kwaliteit van het contact met andere mensen minder snel achteruit;
 - Bij toenemende kwetsbaarheid neemt het welbevinden minder snel af.
- Deze effecten zijn belangrijke aanwijzingen dat woonservicegebieden werken zoals beoogd wordt met de inspanningen die verschillende partijen in deze gebieden verrichten.
- Er is vrijwel geen verschil in de zorgconsumptie per persoon (bij gelijke kwetsbaarheid) tussen ouderen binnen en buiten woonservicegebieden; dat is aannemelijk omdat de genoemde effecten meestal niet rechtstreeks op de zorgconsumptie van invloed zijn, maar – naast de onschatbare waarde van verminderde teruggang van welbevinden - ook een meer preventieve werking hebben. Uitzonderingen zijn: ouderen in beter aangepaste woningen gebruiken minder thuiszorg.
 - Ouderen in woonservicegebieden hebben minder te maken met ziekenhuisopnames dan (evenzeer beperkte of kwetsbare) ouderen buiten woonservicegebieden.
 - Op grond van het voorgaande kon bij een eerste verkenning van de doelmatigheid – bij een groot aantal onderliggende veronderstellingen - een bescheiden kostenbesparing (omgerekend op jaarbasis per oudere boven de 70 jaar in de woonservicegebieden) geschat worden van 20 tot 80 euro wegens langer thuis wonen, maximaal 30 euro als gevolg van het effect van woningaanpassingen, en rond 10 euro als gevolg van minder ziekenhuisopname. Nadrukkelijk: dit zijn indicatieve schattingen.

In de verhalen van ouderen nemen autonomie en zelfredzaamheid een belangrijke plaats in, we kunnen deze samenvatten in een ‘manifest van de thuiswonende oudere’, zoals hieronder weergegeven:

“Ik, thuiswonende oudere...”

1. Wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen, in mijn eigen huis, te midden van mijn eigen sociale netwerk en in mijn eigen wijk, zoals het altijd is geweest;
2. Wil door anderen worden ondersteund in dit streven, hetzij door persoonlijke hulp, hetzij door aanpassingen in mijn omgeving (woning en wijk), hetzij door keuzes geboden te worden in het vorm geven aan mijn leven;
3. Ben in het licht van al mijn beperkingen en toenemende lichamelijke en geestelijke ongemakken tegelijk realistisch en optimistisch over de mogelijkheden die mij nog resten in het zicht van de haven;
4. Verwacht dat mijn omgeving zorgt voor een basisniveau van toegankelijke (medische) zorg en ondersteuning op het moment dat ik aangeef die nodig te hebben;
5. Wil van betekenis zijn voor mensen in mijn omgeving en niet slechts een last vanuit volledige afhankelijkheid;
6. Heb een eigen identiteit als bewoner van deze wijk of dit dorp en wens daarin erkend en herkend te worden;
7. Maak gebruik van de oplossingen die mij worden geboden als ik ze nuttig vind en verzin anders mijn eigen oplossingen;
8. Wens dat organisaties en beroepskrachten die mij ondersteunen aansluiten bij mijn leefwereld in plaats van dat ze mij dwingen me te voegen in hun systemen.”

Aanbevelingen

- Blijvende aandacht (in maatwerk) voor het aanpassen van woningen, specifiek ook voor eigenaar bewoners; daarnaast corporatietaak op dit gebied.
- Versterking van de kernkwaliteit van woonservicegebieden: een vorm van in ieder geval communicatie en waar dat past ook samenwerking tussen ouderen, vrijwilligers en professionals in het gebied waardoor ouderen beter ‘gekend’ zijn, hun eigen inbreng tot zijn recht kan komen, en waar dat nodig is passende zorg en ondersteuning geleverd wordt. Het manifest van de thuiswonende oudere kan leidraad zijn.
- Op het niveau van gemeente en instellingen: zien wat men voor elkaar kan betekenen, in verband met doelmatigheid ook betrokkenheid van zorgverzekeraar/zorgkantoor gewenst.

Leeswijzer

In dit rapport presenteert het onderzoeksteam de resultaten van het onderzoek *Effectmeting 10 proeftuinen woonservicegebieden*. De uitkomsten, conclusies en aanbevelingen van het onderzoek hebben we omwille van de leesbaarheid in de bovenstaande samenvatting opgenomen. In de hierna volgende hoofdstukken vindt de lezer meer gedetailleerde informatie over de achtergronden, opzet en uitkomsten van de verschillende onderdelen van het onderzoek.

In het eerste hoofdstuk geeft een inleiding en de doelstelling van het onderzoek weer. In hoofdstuk 2 vindt u de beschrijving van een woonservicegebied, het wetenschappelijk kader en de verwachte effecten. De methoden van onderzoek, zowel kwantitatief als kwalitatief, worden beschreven in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 brengen we de tien proeftuinen in beeld: het aanbod van wonen, welzijn en zorg, de kenmerken van populatie en leefgebied, en de verschillen tussen woonservicegebieden. De resultaten van het onderzoek worden beschreven in de hoofdstukken 5, 6, 7 en 8 aan de hand van de thema's zelfstandig wonen, welbevinden en gezondheid, informele zorg en professionele diensten en doelmatigheid. Tot slot geeft hoofdstuk 9 de rode draad van het onderzoek weer, en sluit af met het manifest voor de thuiswonende oudere en bijbehorende discussie.

1. Inleiding

In Nederland bestaat een brede consensus over het nut van integrale arrangementen van wonen, welzijn en zorg in de buurt (Welschen, 1994). Met dit soort arrangementen wordt het voor ouderen en mensen met een handicap mogelijk om zo lang mogelijk zelfstandig te wonen. Dit is vooral belangrijk voor de betreffende personen zelf, omdat een gedwongen verhuizing op hogere leeftijd leidt tot een verlies aan zelfstandigheid, zelfredzaamheid en verlies van vertrouwde dagelijkse contacten. Ook het vroeger gebruikelijke intramurale verblijf heeft een integraal karakter, maar steeds minder ouderen vinden dit aantrekkelijk. Bovendien wordt dit verblijf in verband met de hoge kosten (RVZ, 1997/1998; VROMRaad, 1998) steeds meer gereserveerd voor mensen met een zwaardere zorgbehoefte (SER, 2008). Sinds twee decennia is een transformatie zichtbaar van de traditionele, grootschalige intramurale zorginstellingen naar meer vraaggericht aanbod van wonen, welzijn en zorg aan huis en/of in de buurt.

Tegen deze achtergrond zijn de afgelopen jaren in Nederland meer dan honderd woonservicegebieden ontwikkeld. Dat zijn gewone wijken of dorpen met een gecoördineerd dienstenaanbod op het gebied van zorg, welzijn en wonen en een aantal aanpassingen in de woonomgeving. Het concept woonservicegebied vereist de aanwezigheid van een gebiedsgericht samenwerkingsverband tussen aanbieders van wonen, zorg en welzijn en vraagsturing van bewoners (Harkes & Singelenberg, 2004). Het doel van woonservicegebieden is om het mogelijk te maken dat kwetsbare ouderen (vaak met meervoudige complexe zorgvragen) zelfstandig kunnen blijven wonen en actief blijven participeren in de samenleving. Het woonservicegebied levert op deze manier een belangrijke veronderstelde bijdrage aan de transitie naar een stelsel waarin zo lang mogelijk thuis wonen een aantrekkelijk en realistisch alternatief is. Allerlei vormen van informele zorg kunnen in het woonservicegebied bijdragen aan een hogere kwaliteit van leven. Ook de eigen bijdrage aan de samenleving van kwetsbare ouderen en mensen met beperkingen blijft mogelijk. Alle inwoners van het woonservicegebied zijn tegelijk producent en consument van leefbaarheid. Een goed functionerend woonservicegebied zou idealiter moeten leiden tot een merkbare reductie van de behoefte aan intramuraal verblijf onder de inwoners (Singelenberg & Triest, 2009).

Op grond van de bovengenoemde overwegingen worden allerlei varianten van woonservicegebieden gerealiseerd. Elk gebied is anders, net als de ambities die aan het gebied gekoppeld zijn (Singelenberg et al, 2012). Echter is het niet bekend of de beoogde effecten daadwerkelijk gerealiseerd worden. Dit onderzoek brengt de effecten van woonservicegebieden in kaart.

Voor dit onderzoek moet het begrip woonservicegebied nader toegelicht worden. De woonzorgzone van tien jaar geleden had een strikt doel: zeer kwetsbare mensen wonen zo lang mogelijk zelfstandig in relatief kleine woonzones met de mogelijkheid van hulp op afroep. Nu wordt dat ruimer gezien: woonservicegebieden bieden een betere kwaliteit van leven aan een grotere groep mensen in een ruimer gebied, meestal een complete wijk of plattelandsgebied (Harkes & Singelenberg, 2004). Hierdoor heeft het woonservicegebied nadrukkelijk een territoriaal organisatieniveau van wonen, welzijn en zorg. Woonservicegebieden hebben naast een doelmatige organisatie van zorg aan huis, tevens als doel om ontmoeting te stimuleren, vereenzaming actief op te sporen, activiteiten aan te bieden en het leven van mantelzorgers lichter te maken. Woonservicegebieden hebben doorgaans een inwonertal van 5.000 tot 10.000 inwoners.

Om iets te kunnen zeggen over ‘de effecten van een woonservicegebied’, veronderstellen we dat deze het gevolg zijn van kenmerken van wat we aanduiden als de configuratie van een woonservicegebied. Onder deze configuratie verstaan we het samenspel van de populatie, het leefgebied en het arrangement in een woonservicegebied.

Populatie

Onder populatie verstaan we de kenmerken van de bevolking van het gebied, in het bijzonder van de groep kwetsbare ouderen. In dit onderzoek worden ouderen gedefinieerd als bewoners van 70 jaar en ouder die zelfstandig wonen (dus niet in een intramurale setting). Uit eerdere onderzoeken blijkt dat kwetsbaarheid (lichamelijk, psychisch en sociaal) in toenemende mate optreedt bij mensen rond de leeftijd van 75 jaar. De leeftijd is echter een minder goede voorspeller van ongewenste gebeurtenissen tot aan het sterven toe, dan de mate van kwetsbaarheid (Schuurmans, et al: 2004; Campen, 2011). Om de marge iets ruimer te nemen en kwetsbare ouderen die iets jonger zijn niet uit te sluiten is in dit onderzoek gekozen voor een doelgroep met ouderen van 70 jaar en ouder. Deze ouderen zijn in te delen in op een kwetsbaarheidschaal van vitaal tot zeer hulpbehoevend met behulp van de Groningen Frailty Indicator, onderdeel van het triage instrument (Peters et al, 2012; Steverink et al, 2001). De populatiekenmerken zijn van belang, omdat bepaalde elementen van het woonservicegebied wel effect zullen hebben voor de ene groep ouderen, maar niet voor anderen. Het is dan ook denkbaar dat een woonservicegebied geen positief effect sorteert, omdat de initiatiefnemers zich onvoldoende hebben gericht op de behoeften van de populatie van het gebied. De (kwetsbare) ouderen zijn onderdeel van de gehele populatie van het woonservicegebied.

Leefgebied

Het tweede element van de configuratie is het leefgebied; de wijk of het dorp. Het leefgebied kan getypeerd worden als de infrastructuur van het woonservicegebied. Denk hierbij aan de aard en kenmerken van woningen en van voorzieningen op het gebied van bijvoorbeeld welzijn, zorg en onderwijs. Ook de onderlinge ligging, fysieke afstanden en bereikbaarheid van de verschillende onderdelen van het leefgebied zijn hierbij van groot belang.

Arrangement

Het arrangement is het derde element van de configuratie en bestaat uit formele en informele netwerken rond wonen, welzijn en zorg, maar ook overige netwerken. Denk hierbij aan reeds bestaande netwerken, zoals de plaatselijke detailhandel en onderwijs. Een netwerk bestaat uit talrijke relaties tussen bewoners onderling (inclusief mantelzorg), tussen bewoners en aanbieders, tussen aanbieders onderling en tussen aanbieders en georganiseerde cliënten.

De doelstelling van het onderzoek luidt als volgt: het in kaart brengen van de effecten van de configuratie van een woonservicegebied op de kwaliteit van leven van de bewoners, in het bijzonder van kwetsbare ouderen. Een daarvan afgeleide doelstelling is: verkennen of verschillen tussen de effecten die in de proeftuinen worden waargenomen herleid kunnen worden tot specifieke kenmerken van het leefgebied en de arrangementen. Hoe dragen het leefgebied en arrangement bij aan de kwaliteit van leven van de populatie van het gebied?

Daarnaast wordt in dit onderzoek een eerste verkenning gedaan of er verschillen in doelmatigheid zijn tussen de configuraties van woonservicegebieden en vergelijkbare andere woongebieden. In woonservicegebieden wordt uitgegaan van het concept van integrale nabije zorg, georganiseerd door samenwerkende aanbieders op het niveau van de wijk of het dorp. Hier tegenover kan het model van de grote regionale thuiszorg organisaties die de zorg organiseren rond de individuele cliënt worden gesteld.

De belangrijkste vraag is wat de invloed is van hetgeen dat georganiseerd wordt in een woonservicegebied op de ouderen die er wonen. Dit onderzoek geeft inzicht in wat de ouderen merken van alle inspanningen in woonservicegebieden. De ouderen komen op verschillende manieren uitgebreid aan het woord.

2. Woonservicegebieden

Woonservicegebieden worden door de initiatiefnemers gezien als tamelijk duidelijk begrensde gebieden. Voor die grenzen zijn geen eenduidige criteria – in Dronten wordt bijvoorbeeld gekeken naar de afstand die een verzorgende in 10 minuten op de fiets zou kunnen afleggen, en soms is de indeling een bestaande wijkindeling. Ook de kengetallen die door de SEV zijn ontwikkeld hebben een rol gespeeld bij het kiezen van gebiedsgrenzen. Het gebied wordt gezien als kader om de inspanningen van in principe alle betrokken partijen te integreren. Woonservicegebieden worden niet alleen van belang geacht voor ouderen, maar in principe – en vaak ook in de praktijk – ook voor mensen met een beperking. Aanbieders van zorg, welzijn en ondersteuning in woonservicegebieden spannen zich in om vraaggericht te werken.

2.1 Modellen

Een woonservicegebied is geen standaard formule die in elk gebied toepasbaar is. Elk woonservicegebied is anders, bijvoorbeeld door het soort partijen dat deelneemt, de gebiedskenmerken, bestaande voorzieningen en de bewoners. Een woonservicegebied is daarom te zien als een maatpak, en het inrichten ervan als maatwerk. Toch zijn er grofweg drie invalshoeken bij het inrichten van een woonservicegebied: een zonegerichte, een planologische en een netwerkgebaseerde invalshoek (Singelenberg et al, 2012).

STAGG model

Dit planologisch model met een heldere zonering is in de jaren '90 ontwikkeld door de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG). Afzonderlijke functies zijn onderverdeeld in drie hoofdgroepen: dienstverlening/ welzijn, zorg en wonen. De nadruk ligt vooral op de fysieke opgave, maar coördinatiefuncties en netwerken zijn ook van belang. Binnen deze indeling onderscheidt het model de volgende functies:

- functies die worden gehaald door de gebruiker (meestal in een activiteitencentrum);
- functies die worden gebracht door de aanbieder (meestal via een coördinatiepunt);
- functies die intern worden geleverd (meestal in een zorgkruispunt).

Het STAGG scenario beschrijft het fysieke uitrustingsniveau van de wijk gedetailleerd. Het model kan ingezet worden bij nieuwe en bestaande woongebieden. Plaatsen waar het STAGG model van invloed is geweest bij het inrichten van woonservicegebieden zijn onder andere: Leeuwarden, Arnhem, Lelystad, Utrecht, Amsterdam, Aalsmeer, Middelburg, Breda, Tilburg, Helden en Panningen.

Netwerkmodel

Het netwerkmodel is ontstaan vanuit de sectoren zorg en welzijn. Deze sectoren vormen een integrale keten die bestaat uit het aanbod van zorg- en welzijnsdiensten. Belangrijk is de aanwezigheid van een intermediaire functie (omtinker of casemanager) rond de cliënt. De omtinker is zowel wijkverpleegkundige als ouderenadviseur met regelbevoegdheden rond cliënten. Het fysieke element (bouw) wordt pas in een later stadium ingevuld. Mede hierdoor is er minder sprake van zonering. De zorgketen moet sterk georganiseerd zijn, zodat complexe zorg in het gehele woonservicegebied kan worden geregeld. Dit model is ontstaan uit het Friese experiment Trynwalden.

Zonaal woonzorgcomplex

Het model van het zonaal woonzorgcomplex begint met de bouw van een woonzorgcomplex en rolt vervolgens aanleunopties uit in het omringende woongebied. Het complex kan ook fungeren als dienstencentrum. Rondom het complex ontstaat een woonzorgzone met een straal van 200 tot 300 meter. Hierdoor ontstaan diverse typen wooncomplexen met levensloopbestendige woningen en zorggaranties te midden van de reguliere woningvoorraad in de wijk. Kortom, er zijn twee structuren met elkaar verweven: een woonzorgstructuur en een gewoon woongebied met voorzieningen.

2.2 Proeftuinen

De configuratie van woonservicegebieden wordt gemeten in tien vooroplopende woonservicegebieden (zie figuur 2.1). Deze gebieden zijn door de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV, nu Platform 31) in 2009 geselecteerd als de koplopers in Nederland en vormen nu een nationaal proeftuinenetwerk. Deze proeftuinen zijn al in de realisatiefase en hebben laten zien dat alle lokale partners effectief samenwerken (Singelenberg & Triest, 2009). De aansluiting op dit netwerk bood de unieke kans om de effecten en doelmatigheid van woonservicegebieden te toetsen in tien verschillende wijken en dorpen verspreid door het land. De kenmerken van de proeftuinen komen aan bod in hoofdstuk 4.



1. Bilgaard, Leeuwarden
2. Krakeel, Hoogeveen
3. Berflo Es, Hengelo
4. Meulenvelden, Didam
5. Rond de Regenboog, Dronten
6. De Bilt-West
7. Zeevang, De Verbinding
8. Middelburg Noord-Oost
9. Hoge Vucht, Breda
10. Helden-Panningen

Figuur 2-1: Proeftuinen woonservicegebieden

2.3 Wetenschappelijk kader

Deze paragraaf schetst de wetenschappelijke achtergronden waartegen woonservicegebieden kunnen worden geplaatst. Onderzoek uit de jaren zeventig van de vorige eeuw liet al zien dat de actieradius van kwetsbare ouderen langzaam maar zeker kleiner wordt. Een groot deel van hun leven speelt zich af in de directe fysieke en sociale omgeving, in de eigen woning en de eigen buurt of wijk. De omgeving oefent daarmee een structurerende werking uit op het leven van ouderen. Ze beperkt ouderen in hun functioneren, maar biedt ook oplossingen voor problemen die ontstaan als gevolg van het ouder worden (Findlay en McLaughlin, 2007; Keating, 2008; Smith, 2009). Natuurlijk spelen ook persoonsgebonden eigenschappen van een oudere een rol in het omgaan met kwetsbaarheid.

Ageing in place

Het zelfstandig thuis wonen door ouderen wordt in de internationale onderzoeksliteratuur ‘ageing in place’ genoemd. Het idee is dat ouderen die in hun vertrouwde omgeving blijven, beter om kunnen gaan met toenemende fysieke en gezondheidsbeperkingen. ‘Ageing in place’ is dan ook te zien als een coping strategie, omdat ouderen er al te grote veranderingen mee kunnen vermijden (Campen, 2011).

Het onderscheid in de faciliterende en de beperkende of inhiberende rol van de omgeving komt in de literatuur tot uitdrukking in twee hypothesen (Lawton en Simon, 1968; Lawton, 1985; Findlay en McLaughlin, 2005; Smith, 2009). De eerste hypothese stelt dat er, met het afnemen van lichamelijke en geestelijke gezondheid, een steeds hogere druk van de omgeving uit gaat. Ouderen kunnen zich letterlijk opgesloten voelen in hun omgeving (Wenger en Keating, 2008). De tweede hypothese stelt dat de ouderen juist hun voordeel kunnen doen met hun kennis van de omgeving. Ze maken dan gebruik van de diverse geografische ervaringen die ze in de loop van de tijd hebben opgedaan binnen de lokale gemeenschap of buurt (Rowles, 1978). Hierbij gaat het voor een deel om ervaringen met fysieke eigenschappen van een plek. Wie in en om het huis elke steen en elk obstakel kent, kan zich beter zelf redden. Een ander aspect betreft sociale inbedding; ervaringen in en met de lokale gemeenschap. Ook gaat het om de verweving van de geschiedenis van een plek en de persoonlijke geschiedenis van de mensen die er wonen. De verloedering van een wijk kan bijvoorbeeld sterke emoties oproepen bij iemand die er is geboren en getogen. Deze verweving met de omgeving verklaart ook waarom veel mensen zich sterk hechten aan hun de buurt of wijk (Smith, 2009). Mensen die graag op een plek wonen en dagelijkse routines in stand kunnen houden, kunnen beter omgaan met het ouder worden (Oswald et al, 2010).

Recent onderzoek heeft uitgewezen dat de kwaliteit van de omgeving, gemeten met indicatoren als beleefde veiligheid, toegang tot voorzieningen en kwaliteit van infrastructuur, positief is gecorreleerd met het welbevinden van ouderen (Oswald et al, 2010). Welbevinden staat dan voor de algehele door ouderen ervaren kwaliteit van leven. Ook de mate van hechting aan de buurt of wijk is positief gecorreleerd met welbevinden. De mate waarin een huis toegankelijk is levert geen duidelijke verklaring voor het welbevinden (ibid), in tegenstelling tot eerdere bevindingen van dezelfde onderzoekers (Oswald et al, 2007). Al met al lijkt de faciliterende rol van de omgeving sterker bewezen dan de inhiberende rol.

Een ander recent onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau laat zien dat kwetsbare thuiswonende ouderen wel meer gebruik maken van professionele zorg, maar niet van mantelzorg (Campen, 2011). Deze studie maakt bovendien inzichtelijk dat langdurige of blijvende kwetsbaarheid samenhangt met het wonen in een gelijkvloerse woning. Ook hangt langdurige kwetsbaarheid samen met het doen van meer aanpassingen in huis. Blijkbaar passen ouderen met grotere beperkingen zich inderdaad aan hun omgeving aan. Er is echter geen verband gevonden tussen de verhuizing naar een gelijkvloerse woning en de mate van kwetsbaarheid (Campen, 2011).

Stedelijke en landelijke gebieden

De stad en het platteland hebben elk hun voor- en nadelen voor zelfstandig wonende ouderen. Zo zijn in een landelijke omgeving de verkeersveiligheid en de luchtkwaliteit doorgaans hoger (Eales et al, 2008). In vergelijking met de stad is er vaker sprake van een groot gevoel van gemeenschapszin; hoewel sterk naar binnen gerichte sociale netwerken in kleine gemeenschappen mensen ook kunnen buitensluiten (Wenger en Keating, 2008). De keerzijde van zelfstandig wonen op het platteland is dat ouderen sneller afhankelijk worden van anderen voor ritten naar verder weg gelegen zorg- en andere voorzieningen. Voor sommige ouderen is het moeten opgeven van autorijden zo moeilijk dat ze last krijgen van symptomen van depressie (Dobbs en Strain, 2008; Findlay en McLaughlin, 2005).

Een stedelijke omgeving biedt tal van voor de hand liggende voordelen aan oudere mensen, zoals een betere toegang tot gespecialiseerde zorg- en dienstverlening, en meer opties op het gebied van wonen en

openbaar vervoer (Smith, 2009). Maar dit laatste gaat niet altijd op. Kwetsbare ouderen in de Verenigde Staten die in uitgestrekte suburbane gebieden wonen bevinden zich vaak op grote afstand van voorzieningen en hebben beperkt toegang tot openbaar vervoer. Daardoor lopen zij het risico om opgesloten te worden door hun woonomgeving (Carman en Fox, 2009). Als tegenreactie op deze en andere ‘lock-in’ effecten in Amerikaanse voorsteden is het ‘New Urbanism’ ontstaan, een stedenbouwkundige stroming die er op gericht is om de menselijke maat in suburbs te herstellen. Met brede trottoirs, groene open ruimten, en efficiënt openbaar vervoer zijn New Urbanism wijken gebouwd op een manier die mogelijk gunstig is voor ouderen (Smith, 2009; Bauer Granberry, 2009). In Nederland wonen weliswaar niet meer kwetsbare ouderen in sterk verstedelijkte gebieden dan in gebieden met een lagere urbanisatiegraad, maar langdurige vormen van kwetsbaarheid komen wel vaker voor in omgevingen die op de één of andere manier een uitdaging voor ouderen vormen (Campen, 2011). Zo wonen er relatief veel blijvend kwetsbare ouderen in wijken die sterke veranderingen hebben ondergaan, bijvoorbeeld omdat er veel immigranten zijn komen wonen.

Opmerkelijk genoeg ondervinden ouderen die in achterstandswijken wonen weinig extra nadeel van hun omgeving. Door angst voor criminaliteit en andere psychologische factoren die indirect te maken hebben met het gebied worden ouderen ontmoedigd om hun huis te verlaten. Daarmee wordt de kans op vallen, ongelukken, berovingen, et cetera kleiner (Smith, 2009). Ook hier worden ouderen dus beperkt door hun omgeving, maar die biedt daardoor tegelijkertijd bescherming tegen ongemak. Verder blijkt dat kwetsbare ouderen zich in vergelijking met andere ouderen minder veilig voelen in hun eigen buurt of wijk (Campen, 2011).

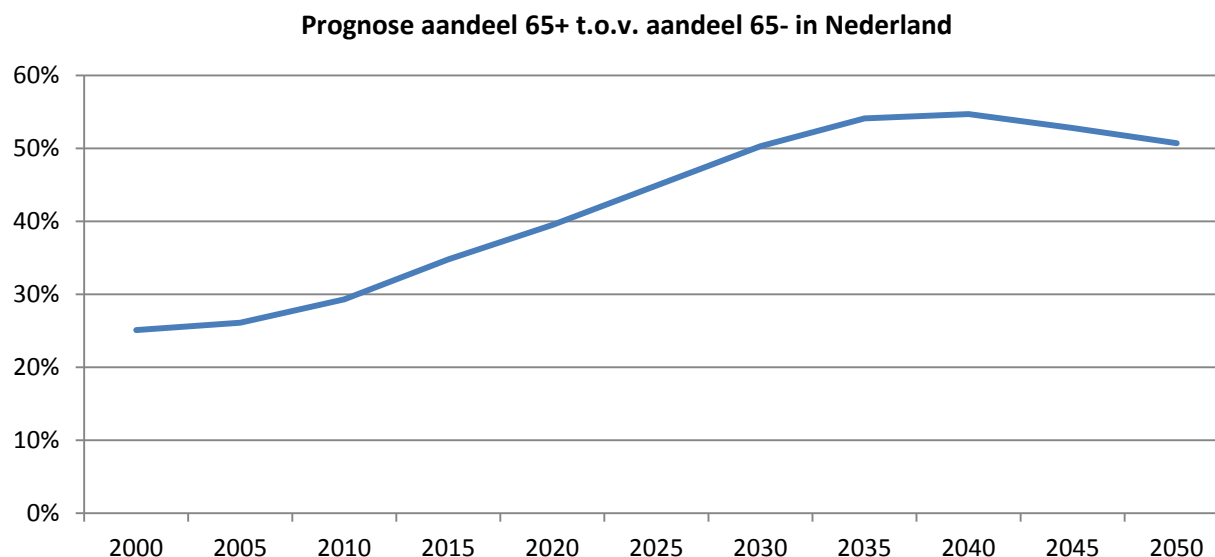
Kwetsbaarheid versus leeftijd

Naast omgevingsfactoren zijn individuele kenmerken van belang voor het zelfstandig wonen van een oudere. De mate van kwetsbaarheid speelt hierbij een belangrijke rol. Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functiebeperkingen, opname en overlijden (Campen, 2011). Het blijkt dat kwetsbaarheid in toenemende mate optreedt bij mensen rond de leeftijd van 75 jaar. Zoals gezegd is leeftijd een minder goede voorspeller dan de mate van kwetsbaarheid (Schuurmans, et al: 2004; Campen, 2011). De ‘oudste’ ouderen zijn dus niet altijd de meest kwetsbare ouderen. Kwetsbaarheid komt tot uitdrukking in functieverlies. De kwetsbaarheid wordt gemeten met de Groningen Frailty Indicator (GFI), bestaande uit 15 vragen die ingaan op zowel lichamelijke als psychosociale kwetsbaarheid (Peters et al, 2012; Steverink et al, 2001). De GFI is onderdeel van de enquête die in dit onderzoek is gehanteerd.

Om de marge iets ruimer te nemen en kwetsbare ouderen die iets jonger zijn niet uit te sluiten is bij dit onderzoek gekozen voor een doelgroep van ouderen van 70 jaar en ouder.

Demografie en ontwikkelingen intramuraal

Zelfstandig wonen is niet alleen een wens van veel ouderen, maar zal steeds meer ook de meest passende optie zijn. Het aandeel ouderen neemt de komende jaren toe (zie figuur 2-2). Het aantal ouderen groeit snel, maar het aantal ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis daalt (CBS, 2011). Tussen 2000 en 2010 nam het aantal 80-plussers toe van 500.000 naar 648.000, terwijl het aantal 80-plussers dat is ingeschreven bij een verzorgings- of verpleeghuis in dezelfde periode daalde van 102.000 naar 90.000. Zes op de zeven 80-plussers wonen zelfstandig, al dan niet met ondersteuning (CBS, 2011). Daarnaast komen ouderen met een lichte indicatie niet meer vanzelfsprekend in aanmerking voor een intramurale setting. Dit betekent dat extramuraal wonen met zorg en welzijn aan huis of in de buurt zich steeds verder zal moeten ontwikkelen.



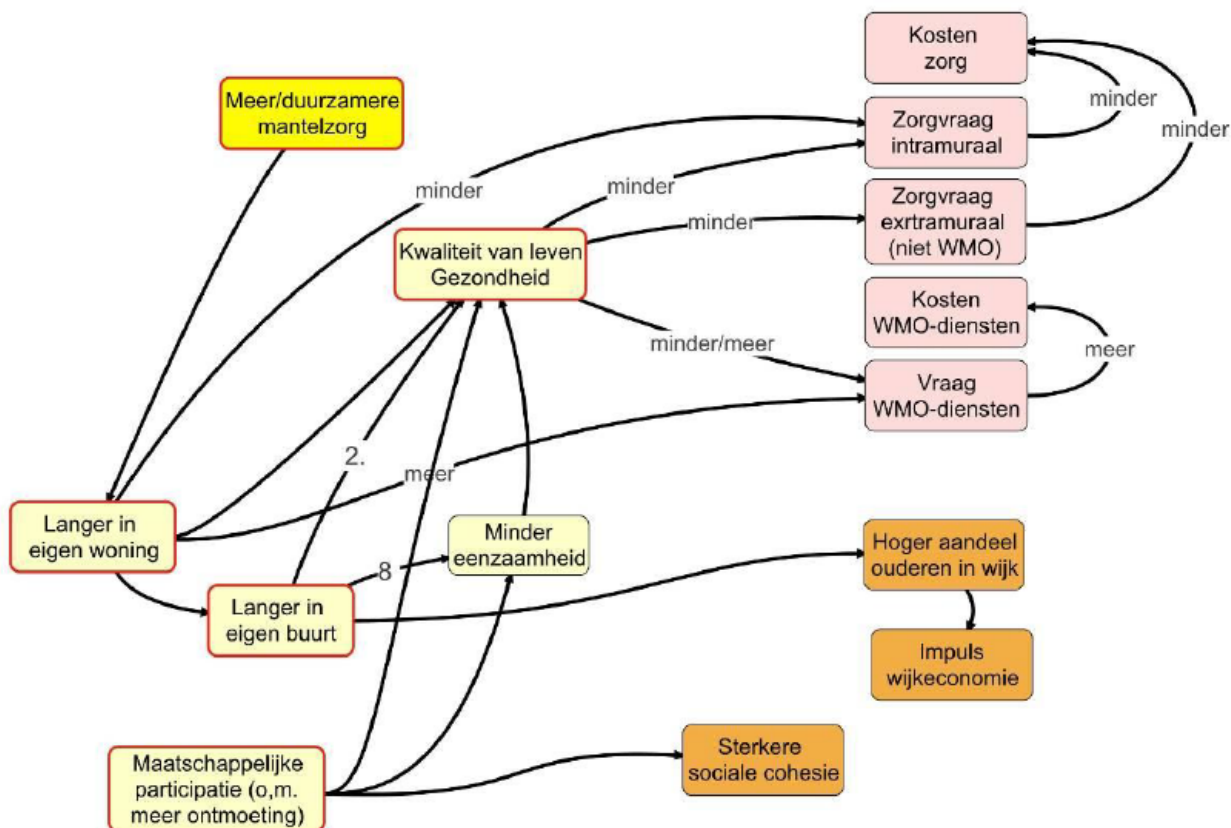
Figuur 2-2: Prognose van het aandeel 65-plussers ten opzichte de bevolking tot 65 jaar in Nederland (CBS, 2011).

2.4 Verwachte effecten

In gesprek met initiatiefnemers van de proeftuinen zijn in 2009 met behulp van een Effectenarena bouwstenen van een woonservicegebied geïdentificeerd. Hieruit zijn enkele sleuteffecten en effectenketens van woonservicegebieden af te leiden die de beoogde werking van het woonservicegebied weergeven (zie figuur 2-3).

Bij elk van de tien proeftuinen is in de periode van januari tot en met maart 2010 door de SEV een werksessie georganiseerd (Deuten & Lubbe, 2010). In iedere sessie waren de partijen vertegenwoordigd die gezamenlijk betrokken zijn bij het woonservicegebied: de zorginstelling, de welzijnsorganisaties, de woningcorporatie, de gemeente en niet te vergeten: de bewoners. Het aantal deelnemers varieerde van tien tot veertig per bijeenkomst. In totaal hebben ongeveer tweehonderd mensen deelgenomen. Een gemiddelde sessie duurde circa drie uur. Na uitleg over het doel van de bijeenkomst en een instructie over het instrument Effectenarena gingen de deelnemers aan de slag in kleine groepen. Per workshop werden daarmee drie tot vijf interventies uitgewerkt volgens de stappen van de Effectenarena:

1. Benoemen van activiteiten (plus eventuele output).
2. Benoemen van investeerders: welke partijen zijn nodig voor het uitvoeren van de activiteiten?
3. Benoemen van effecten van de activiteiten, voor individuele bewoners en op wijkniveau.
4. Benoemen van incasseerders: de partijen die baat hebben bij een effect.



Figuur 2-3: Sleuteffecten en kernmechanismen van woonservicegebieden gebaseerd op de Effectenarena's van de tien proeftuinen (Deuten & Lubbe, 2010: 16).

De proeftuinen identificeerden hiermee tien 'bouwstenen' van een woonservicegebied:

- Samenwerking binnen een integraal wijkzorgteam;
- Wijkservicecentrum voor ontmoeting, informatie en 'haaldiensten';
- Voldoende levensloopbestendige woningen in het gebied;
- Voldoende kleinschalige groepswoningen voor hen die niet meer zelfstandig kunnen wonen;
- Wijkdienstenteam voor brengdiensten (diensten aan huis);
- Ondersteuning van mantelzorgers (vrijwilligers, case management);
- Mantelzorgwoningen en zorgkamers;
- Woningaanpassingen particulier bezit;
- Veilige en leefbare woonomgeving;
- Aanpak sociaal isolement.

De meeste van de bovengenoemde bouwstenen zijn in dit onderzoek gebruikt om de beschrijving van de arrangementen in de proeftuinen te ordenen, en om aan de hand daarvan verschillen tussen proeftuinen te benoemen. De proeftuinen verwachtten als effect van de maatregelen: langer wonen in de eigen woning, langer wonen in de eigen wijk, langer actief in de maatschappij en beter leven is gezonder leven. Zorgaanbieders voegden hieraan toe: gemotiveerder personeel. Zij verwachtten ook een sterkere sociale cohesie, een impuls voor de wijk economie en een hoger aandeel ouderen in de wijk (dat laatste werd overigens niet door iedereen als een positief effect gezien). Financieel gezien werden er netto opbrengsten verwacht voor het zorgkantoor door besparingen op intramurale en extramurale AWBZ-zorg. Netto kosten werden verwacht voor de gemeente (meer gebruik van de Wmo) en voor de corporaties (meer

investeringen in woningen en voorzieningen). Dit geheel van opvattingen kunnen we beschouwen als de *veranderingstheorie* voor woonservicegebieden.

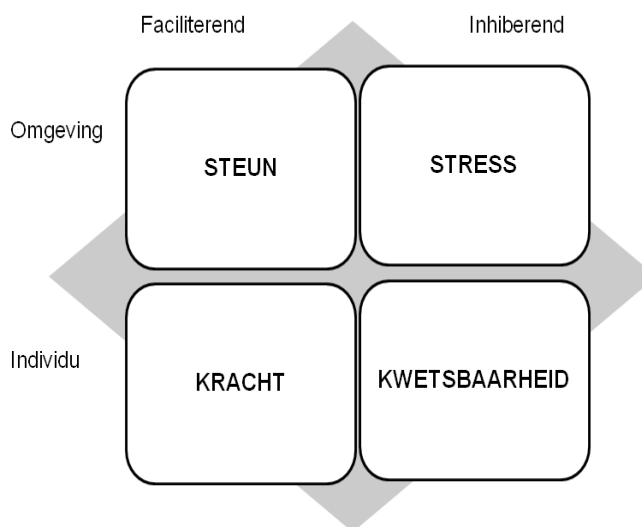
Hypotheses

Het onderzoek brengt de effecten van een woonservicegebied op de kwaliteit van leven van de bewoners in kaart, in het bijzonder van kwetsbare ouderen. Een daarvan afgeleide doelstelling is: verkennen of verschillen tussen de effecten die in een proeftuin (geselecteerd woonservicegebied) worden waargenomen herleid kunnen worden tot specifieke kenmerken. Hoe dragen de lokale kenmerken en het aanbod van wonen, welzijn en zorg bij aan de kwaliteit van leven van de ouderenpopulatie van het gebied? Op basis van de uitkomsten van effectenarena's is een aantal hypothesen opgesteld voor de thema's zelfstandig wonen (a), welbevinden en gezondheid (b), informele en professionele diensten (c), doelmatigheid (d) en de verschillen tussen woonservicegebieden (e). Aan de hand van deze zelfde thema's zijn ook de issues uit de interviews voor het narratieve onderzoek gerubriceerd en geanalyseerd.

Deel A: Zelfstandig wonen	
A1	In een woonservicegebied blijven ouderen langer zelfstandig in a) oorspronkelijke woningen en b) aangepaste woningen wonen, dan buiten een woonservicegebied.
A2	In een woonservicegebied wonen meer ouderen met gezondheidsproblemen, dan buiten een woonservicegebied.
A3	In een woonservicegebied wonen meer kwetsbare ouderen, dan buiten een woonservicegebied.
Deel B: Welbevinden en gezondheid (somatisch en psychosociaal)	
B1	In een woonservicegebied hebben ouderen een hoger welbevinden, dan buiten een woonservicegebied.
B2	In een woonservicegebied <u>voelen</u> ouderen zich lichamelijk gezonder, dan buiten een woonservicegebied.
B3	In een woonservicegebied <u>voelen</u> ouderen zich psychisch gezonder, dan buiten een woonservicegebied.
B4	In een woonservicegebied kunnen ouderen beter omgaan met gezondheid en ziekte, dan buiten een woonservicegebied.
B5	In een woonservicegebied voelen ouderen zich minder eenzaam en zijn hun sociale relaties beter, dan buiten een woonservicegebied.
B6	In een woonservicegebied wonen ouderen met meer plezier, dan buiten een woonservicegebied.
Deel C: Informele zorg en professionele diensten	
C1	In een woonservicegebied maken ouderen meer gebruik van informele zorg, dan buiten een woonservicegebied.
C2	In een woonservicegebied maken ouderen meer gebruik van professionele zorg aan huis, dan buiten een woonservicegebied.
C3	In een woonservicegebied maken ouderen meer gebruik van zorg(professionals), dan buiten een woonservicegebied.
C4	In een woonservicegebied zijn ouderen meer tevreden over de zorg die zij krijgen, dan buiten een woonservicegebied.
Deel D: Doelmatigheid	
D1	De kosten van de zorg voor ouderen in een woonservicegebied zijn lager, dan buiten een woonservicegebied.
D2	Een woonservicegebied is aantrekkelijk voor ouderen, dus wonen er meer ouderen in het gebied. Deze ouderen besteden meer in de eigen buurt. Dit zorgt voor een betere wijk economie.
Deel E: Verschil tussen proeftuinen	
E1	Het beleid in het woonservicegebied heeft invloed op de uitkomstmaten voor effectiviteit (welzijn, gezondheid, tevredenheid met zorg).
E2	Bepaalde beleidsmodules zijn belangrijker dan andere beleidsmodules voor verschillende uitkomstmaten van effectiviteit.
E3	Lokale factoren (ligging, grootte, gemeentelijk beleid, etc.) hebben invloed op de uitkomstmaten van effectiviteit die in dit onderzoek gebruikt worden.

SSKK-model

Voor de beschrijving en analyse van deze beoogde wisselwerking tussen ouderen en hun woon- en leefomgeving maken we in het onderzoek gebruik van het SSKK-model, de letters staan voor steun, stress, kracht en kwetsbaarheid (Jonghe, et al, 1997). Het model is gebaseerd op twee dimensies. De eerste gaat over de richting van het effect; factoren kunnen faciliterend of inhiberend werken. De tweede dimensie gaat over het object waar de factor betrekking op heeft; er zijn individuele factoren die het functioneren van een individu bepalen, maar dit kan ook bepaald worden door omgevingsfactoren. De combinatie van de twee dimensies leidt tot vier soorten factoren die het functioneren van een individu beïnvloeden (zie figuur 2-4).



Figuur 2-4: SSKK-model

In de termen van het SSKK-model is de gedachte achter het woonservicegebied dat het wenselijk is om de omgeving zo in te richten dat deze ouderen steun biedt bij zelfstandig wonen (dan wel belemmeringen daarbij wegneemt), en daarnaast maatregelen te nemen die de eigen kracht van ouderen bevorderen, dan wel een compensatie bieden voor (toenemende) kwetsbaarheden. Die algemene uitgangspunten worden door lokale initiatiefnemers op hun eigen wijze ingevuld, en het onderzoek probeert vast te stellen of de beoogde effecten ook daadwerkelijk tot stand komen. Een eerste stap om dat te kunnen doen is het nader preciseren van de verwachte effecten van woonservicegebieden. Deze formuleren we in termen van individu en omgeving uit het SSKK-model. De omgeving omvat de kenmerken van de wijk of het dorp; het leefgebied, de populatie, het arrangement en de organisatie. Het slagen van een woonservicegebied gaat om het samenspel van omgeving en individu. De individuele kenmerken worden onder andere verkregen door in gesprek te gaan met de ouderen. We sluiten dit hoofdstuk af met een voorbeeld van verwachte effecten ingevuld in het SSKK-model.

	Faciliterend	Inhiberend
Omgeving	STEUN Bereikbaarheid voorzieningen Geschikt aanbod zorg in/aan huis	STRESS Verkeersonveiligheid Geen integraal ouderenadvies
Individu	KRACHT Sterk verbonden met de buurt Copingmechanisme ouder worden	KWETSBAARHEID Lastig omgaan met moeilijke situaties Ondersteuning vragen is lastig

Figuur 2-5: SSKK-model, voorbeeld verwachte effecten woonservicegebied

3. Effecten meten: methodologische verantwoording

De configuratie van woonservicegebieden wordt in kaart gebracht met behulp van een ‘mixed methods’ studie. In mixed methods studies wordt gebruik gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve methoden van onderzoek. Het kwantitatieve deel bestaat in dit onderzoek uit statistische analyses van de antwoorden op surveyvragen. Het kwalitatieve deel bestaat uit een vraagpatronenanalyse van narratieve interviews. De vragenlijsten en de interviews zijn afgenomen bij dezelfde groep respondenten: kwetsbare ouderen van 70 jaar of ouder die in de tien proeftuinen wonen (zie paragraaf 3.2 voor de selectieprocedure). Hoewel het kwantitatieve gedeelte, gemeten in aantallen respondenten, dus het grootste is, wegen beide gedeeltes even zwaar. Beide methoden worden verderop in dit hoofdstuk toegelicht. In de literatuur over mixed methods bestaat discussie over de vraag hoe je kwantitatieve en kwalitatieve methoden op een verantwoorde manier kunt combineren in één studie (Hanson et al, 2005). Dit onderzoek sluit aan bij de opvatting dat ze elk verschillende kanten van een onderzoeksonderwerp belichten, en dat juist het combineren ervan meerwaarde oplevert (Sale et al, 2002; Hanson et al, 2005). Het is dan ook de bedoeling dat het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek generaliseerbare conclusies oplevert, en dat het kwalitatieve gedeelte inzichten verschaft in de –contextgevoelige– belevingswerelden en behoeften van ouderen.

De mixed methods studie kenmerkt zich door wat in de literatuur een ‘sequential transformative’ onderzoeksdesign wordt genoemd (Hanson et al, 2005). Sequential betekent dat de delen van het onderzoek niet gelijktijdig, maar na elkaar zijn uitgevoerd. In dit geval is de vragenlijst afgenomen vóór de interviews. De redenen hiervoor is strikt logistiek: ouderen konden op het eind van de vragenlijst pas aangeven of ze belangstelling hadden voor deelname aan het kwalitatieve deel. In de praktijk hebben alle ouderen die zijn geïnterviewd ook daadwerkelijk eerst de vragenlijst ingevuld. Transformative houdt in dat het onderzoek hoopt bij te dragen aan de ontwikkeling van woonservicegebieden in het algemeen, en aan het welbevinden van ouderen in woonservicegebieden in het bijzonder. Om een eerste stap te zetten in de richting van het bewerkstelligen van gewenste veranderingen, is in elke proeftuin een gemengde dialoogbijeenkomst met bewoners en professionals georganiseerd. In deze bijeenkomsten komen de aanwezigen gezamenlijk tot initiatieven en handelingsmogelijkheden waarmee de basis wordt gelegd voor mogelijke implementatie van de bevindingen. Met het faciliteren van deze bijeenkomsten kent het onderzoek een uitdrukkelijke sociale rechtvaardigheidscomponent (Mertens, 2007).

Het onderzoek bestaat verder uit aanvullende analyses van respectievelijk de kenmerken van het leefgebied en van de verschillende arrangementen. Voor deze laatste analyse is in elke proeftuin gesproken met professionals op het gebied van zorg, welzijn en wonen. De aanvullende analyses geven een goed overzicht van de wijkspecifieke manier waarop het woonservicegebied wordt ontwikkeld, en hoe het met de uitvoering van de plannen staat. Tot slot is de bereikbaarheid van voorzieningen in kaart gebracht. Op grond van eerder onderzoek is als norm aangehouden dat elke basisvoorziening idealiter binnen 400 meter afstand is van de woning van een oudere. Dit betekent dat de oudere die wat slechter ter been is, bijvoorbeeld met een rollator loopt, alle voorzieningen gemakkelijk kan bereiken. In dit onderzoek is gefocust op de bereikbaarheid van een supermarkt, een huisarts en een ontmoetingsfunctie. Deze kennis kan van pas komen bij het verklaren van de onderzoeksresultaten. Door dit overzicht ontstaat bovendien een nog vollediger beeld van ouderen in woonservicegebieden.

Voor de integratie van de uitkomsten van de verschillende deelstudies wordt gebruik gemaakt van het SSKK-model. De onderzoekers komen tot de invulling van dit model door de resultaten van de deelstudies te bespreken in een daarvoor bestemde sessie. Door middel van het combineren van de resultaten van verschillende meetmethoden (triangulatie) worden de effecten per proeftuin geformuleerd.

Dit hoofdstuk gaat verder in op de selectie van respondenten voor de enquête en vraaggesprekken. Beide methoden worden daarna beschreven.

3.1 Selectie respondenten

Per proeftuin zijn 150 enquêtes afgenomen bij zelfstandig wonende ouderen, waarbij gehouden is aan een verdeling op basis van kwetsbaarheid. Uit eerdere onderzoeken blijkt dat kwetsbaarheid (lichamelijk, psychisch en sociaal) in toenemende mate optreedt bij mensen rond de leeftijd van 75 jaar. Echter is leeftijd een minder goede voorspeller, dan de mate van kwetsbaarheid voor het voorspellen van ongewenste gebeurtenissen tot aan sterven toe (Schuurmans, et al: 2004; Campen, 2011). Om de marge iets ruimer te nemen en kwetsbare ouderen die iets jonger zijn niet uit te sluiten is gekozen voor ouderen van 70 jaar en ouder.

In iedere proeftuin zijn alle zelfstandig wonende 70-plussers aangeschreven voor deelname aan het onderzoek door middel van het invullen van een korte vragenlijst (afgeleid van de Groningen Frailty Indicator; GFI) over hun ervaren gezondheid en welzijn. De antwoorden hierop zijn gebruikt als indicatie voor de mate van kwetsbaarheid, zodat niet alleen erg vitale of erg kwetsbare ouderen in de responsgroep terecht kwamen. De positieve respons op de vraag voor deelname was ongeveer 45 procent. De verdeling van de scores op kwetsbaarheid komt globaal overeen met de verdeling van de scores van de GFI, waardoor het een betrouwbare indicatie lijkt voor de mate van kwetsbaarheid van de populatie respondenten.

De Groningen Frailty Indicator bestaat uit 15 vragen die ingaan op zowel lichamelijke als psychosociale kwetsbaarheid (Peters et al, 2012; Steverink et al, 2001). Voor de eerste selectie zijn voor beide vormen van kwetsbaarheid vragen geselecteerd. De eerste drie vragen (zelfstandigheid, fitheid en medicijngebruik) hebben betrekking op het lichamelijk welbevinden van ouderen. De laatste drie vragen (gelukkig zijn, eenzaamheid en partnerverlies) hebben betrekking op het psychosociaal welbevinden. Er werd een totaalscore berekend door de scores op alle vragen te dichotomiseren: ouderen konden 'kwetsbaar' of 'niet kwetsbaar' scoren op een vraag. Voor iedere vraag waar zij kwetsbaar scoorden kregen zij een punt. De maximale score was daardoor 6 punten, wat staat voor een hoge mate van kwetsbaarheid. Analyses laten een matig hoge correlatie ($r=0,554$) zien tussen deze score en de score op de volledige GFI, wat inhoudt dat de korte vragenlijst een redelijk goede maat is om mensen in kwetsbaarheidsgroepen in te delen.

Voor de selectie van de kwantitatieve steekproef is gestreefd naar een manier om a) een afspiegeling van de populatie in de woonservicegebieden en b) toch wat meer kwetsbare mensen, omdat de meeste effecten van een woonservicegebied verwacht worden voor deze groep. Hiervoor is gekeken naar de verdeling van de scores in de proeftuin met de kleinste respons. Vervolgens werden uit deze proeftuin de 175 respondenten met de hoogste scores geselecteerd (150 + per groep een aantal reserves). Dit betekende dat respondenten met een score van 1 t/m 6 werden geselecteerd. De verdeling in absolute aantallen van de respondenten over deze zes groepen is vervolgens aangehouden voor de overige proeftuinen. Dit houdt in dat in alle proeftuinen evenveel mensen in iedere groep zijn geselecteerd. Er zijn vervolgens voor elk woonservicegebied 150 mensen geselecteerd voor deelname, verdeeld over zes groepen die verschillen in de mate van kwetsbaarheid. Per groep is op gerandomiseerde wijze het benodigde aantal mensen geselecteerd uit de totale responsgroep. De uiteindelijke verdeling van de mensen over de zes groepen is een afspiegeling geworden van alle mensen in de woonservicegebieden met een licht accent op de wat meer kwetsbare mensen. Figuur 3-1 geeft een overzicht van de aantallen respondenten per groep. De rest van de respons werd bewaard als reservebestand: indien er meer respondenten nodig waren, konden hieruit meer respondenten geselecteerd worden.

Groep	Gestreefd aantal	Gestreefd percentage	Behaald percentage ¹
0	0	0%	2,5%
1 (minst kwetsbaar)	17	11,3%	15,0%
2	42	28,0%	27,8%
3	43	28,7%	27,8%
4	26	17,3%	14,8%
5	13	8,7%	7,4%
6 (meest kwetsbaar)	9	6,0%	4,8%
Totaal	150	100%	100%

Figuur 3-1: Verdeling van de respondenten van de triage over de groepen.

Voor het afnemen van de narratieve vraaggesprekken werden per proeftuin 36 respondenten geselecteerd uit de 150 respondenten van de vragenlijst. Hierbij ging het niet zozeer om een afspiegeling van de populatie, maar om een gelijke verdeling van de ouderen over de gehanteerde groepen van kwetsbaarheid.

3.2 Kwantitatieve analyse

De kwantitatieve analyse is gebaseerd op twee verschillende onderdelen. Ten eerste een vergelijking tussen de proeftuinen onderling en ten tweede een vergelijking met een aantal verschillende vergelijkingsgebieden en controlegebieden.

Enquête

In de tien proeftuinen is een enquête gehouden die bestaat uit drie onderdelen (zie ook bijlage 2). Het eerste deel omvat de vragen die aansluiten bij het triage-instrument (Wild et al, 2011). Het UMC Groningen heeft dit triage-instrument ontwikkeld waarmee kwetsbaarheid, gezondheid(swinst) en welbevinden van ouderen kan worden gemeten. Het instrument bestaat uit verschillende gevalideerde lijsten, namelijk de Groningen Frailty Indicator (GFI), INTERMED self-assessment gecombineerd met de Welbevindenlijst. Door het gebruik van het triage-instrument is het mogelijk om de uitkomsten van de proeftuinen te vergelijken met de database voor thuiswonende ouderen van het NPO Noord. In het tweede deel van de enquête zijn aanvullende vragen opgenomen om de hypothesen van het onderzoek te toetsen, met vragen over onder andere de woonsituatie, omgeving en mantelzorg. Deze vragen zijn gerelateerd aan vragen uit de Minimale Dataset Zorgvrager en Mantelzorger (ZonMw), vragen uit WoON 2009 (VROM, 2009) en andere bronnen zoals de Monitor van de GGD'en in Oost Nederland. Het derde deel bestaat uit specifieke vragen per proeftuin (bijvoorbeeld over het gebruik van voorzieningen), opgesteld in overleg met de lokale partijen uit de proeftuinen, zoals gemeente en zorgpartijen.

De enquêtes werden in 2011 aan huis afgenomen door studenten van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, de Hogeschool van Amsterdam, Hogeschool Utrecht, Hogeschool Zeeland, Windesheim Hogeschool, Saxion Hogeschool, Hanzehogeschool Groningen en de Radboud Universiteit Nijmegen. In totaal zijn 1.500 enquêtes afgenomen.

¹ Hierbij wijken een aantal proeftuinen af van de rest: in Breda zijn meer mensen uit groep 6 en geen mensen in groep 0 bevraagd. In Hoogeveen en Zeevang is een significante hoeveelheid mensen uit groep 0 gevraagd. Dat is logisch, omdat dat de twee kleinste proeftuinen waren waar het op een gegeven moment niet mogelijk bleek om nog respondenten uit de meer kwetsbare groepen bereid te vinden aan het onderzoek deel te nemen.

Proeftuin en vergelijkingsgebieden en controlegebieden

Bij het onderzoek is op verschillende manieren een vergelijking gemaakt met ouderen die *niet* in woonservicegebieden wonen, om op die manier vast te stellen wat specifieke effecten van woonservicegebieden zijn. Door statistische verbanden te onderzoeken met kenmerken van woonservicegebieden en andere gebieden wordt gereconstrueerd welke kenmerken van de leefomgeving en het aangeboden zorg/welzijnarrangement er kennelijk toe doen.

Ten eerste zijn per proeftuin vergelijkingsgebieden gezocht, dat zijn postcodegebieden die zo veel mogelijk gelijkenis vertonen met de proeftuinen op grond van woonmilieu- en demografische kenmerken, maar niet te boek staan als woonservicegebieden. De proeftuinen ingedeeld naar woonmilieu en enkele kengetallen voor demografie en woningbestand staan in bijlage 5, die ook laat zien welke vergelijkingsgebieden daarbij geselecteerd zijn.

De tweede vergelijking focust zich op Didam en Hengelo. De GGD'en in Oost Nederland hebben in 2010 een monitor onderzoek gehouden onder de bevolking. Het betreft de GGD Gelderland Midden, de GGD Gelre-IJssel, de GGD regio Nijmegen en de GGD regio Twente; in het vervolg van dit rapport zullen wij deze bron korthedshalve aanduiden als *GGD'en in Oost Nederland*. Wij maken gebruik van de gegevens van ouderen van 75 jaar en ouder die in Didam en Hengelo en de vergelijkingsgebieden wonen zoals eerder vermeld (zie bijlage 5). De relevante gegevens zijn bij iedere hypothese, voor zover beschikbaar, gebruikt om een uitspraak te doen over de verschillen tussen woonservicegebieden en vergelijkingsgebieden en tussen Didam en Hengelo onderling. Wanneer we in dit rapport over *vergelijkingsgebieden* spreken, zijn dit de in de voorgaande twee alinea's aangeduide gebieden.

De derde vergelijking kan op het meer gedetailleerde niveau van respondenten gemaakt worden door de ouderen in de proeftuinen (150 respondenten per proeftuin) te vergelijken met ongeveer 1.400 zelfstandig wonende ouderen in de database van het triage-onderzoek van NPO Noord onder leiding van prof. Slaets. Wanneer we aan deze database refereren gebruiken we de term *controlegebieden*. De relevante vragen uit het triage-instrument en de Minimale Dataset Zorgvrager zijn in dit onderzoek overgenomen in de vragenlijsten voor de proeftuinen waardoor rechtstreekse vergelijking van de antwoorden op deze vragen mogelijk is.

Analyseprocedure

Voor de analyse van de gegevens is gebruikt gemaakt van een aantal verschillende analyseprocedures. De belangrijkste is de mixed model procedure. Dit analysemodel lijkt op een regressieanalyse, maar er zijn een aantal afwijkingen. Zo geeft deze analyse de ruimte om verschillende niveaus in de data te onderscheiden wat voor onze vraagstellingen erg relevant is. In de gegevens zijn namelijk twee meetniveaus te vinden: dat van de individuele respondent en de meting op locatieniveau. Daarnaast is er in een mixed model ruimte voor variabele effecten, namelijk het random intercept en de random slope. Het random intercept houdt in dat als de voorspellende variabelen in het model 0 zijn, dat de waarden op de uitkomstmaat per locatie van elkaar verschillen. Dit wijkt af van een regressieanalyse omdat er dan vanuit wordt gegaan dat het intercept voor alle locaties gelijk is. Een random slope houdt in dat naarmate de waarde van de voorspellende variabele toeneemt, de waarde van de uitkomstmaat verandert op een manier die verschilt per locatie (Field, 2009). Om deze analyses te doen zijn de hypothesen aangepast. Voor het ontwikkelen van een mixed model moet namelijk vooraf worden gedefinieerd welke variabelen naar verwachting de variatie in de uitkomstmaat voorspellen. De aangepaste hypothesen en schematische weergaven van bij de uitkomstmaat betrokken variabelen vindt u in bijlage 5. Vervolgens kan in het mixed model worden onderzocht of dat zo is en of er ook sprake is van variabele effecten die verschillen per locatie (random intercept en/of random slope). Door het toevoegen en weglaten van variabele effecten kan worden gezocht naar het model dat het beste de werkelijkheid benadert. In het uiteindelijke model

kunnen we dan zien welke voorspellende variabelen een significante bijdrage leveren en welke niet (conform de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten in regressieanalyses) en of er sprake is van variabele effecten.

Naast de mixed model procedure werd nog een aantal andere analyses gebruikt. Indien er geen sprake was van variabele effecten dan werd waar mogelijk gebruik gemaakt van een lineaire regressieanalyse. Daarnaast werden eenvoudigere analyses gedaan met behulp van lineaire of logistische regressie, ANOVA, t-toets of chi-square analyses. Deze meer eenvoudige analyses waren soms voldoende om een antwoord te kunnen geven op de vraagstelling. In andere gevallen werden zij gebruikt om aanvullende analyses te doen. In bijlage 5 vindt u naast een beschrijving van de per analyse betrokken variabelen ook een beschrijving van de verrichte hoofdanalyses en aanvullende analyses.

3.3 Vraagpatronenanalyse

Om inzicht te krijgen in de kijk van (kwetsbare) ouderen in de woonservicegebieden op hun eigen kwaliteit van leven is gebruik gemaakt van de systematische analyse van hun verhalen. Deze verhalen zijn verzameld in gesprekken met oudere bewoners. In elke proeftuin zijn 36 vraaggesprekken gehouden. Als referentiemateriaal dienen de vraaggesprekken in twee gebieden (ook elk 36) die niet als woonservicegebied zijn ingericht. De enige expliciete sturing door de interviewer bestond telkens uit de startvraag: ‘Als u naar uw huidige situatie kijkt, kunt u dan een gemiddelde dag in gedachten nemen en beschrijven wat u dan zoal meemaakt?’ De respondenten zijn afkomstig uit de steekproef voor het kwantitatieve onderzoek, zoals hierboven al werd vermeld.

Door het lectoraat Lokale Dienstverlening vanuit Klantperspectief van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen is een vraaganalyse-instrument ontwikkeld waarmee de vragen, behoeften en redeneringen die mensen hebben ten aanzien van wonen, zorg en welzijn in beeld gebracht worden. Samenhangen in vragen, behoeften en redeneringen worden aangeduid met de term vraagpatronen (Biene, et al, 2008). Meer specifiek wordt een vraagpatroon hier opgevat als: een samenhangende, gereconstrueerde set van vragen, behoeften en mogelijke bijdragen van leden van een groep of bewoners van een wijk of buurt. Inzicht in vraagpatronen is een belangrijke stap in de ontwikkeling van vraaggericht werken, omdat het achterliggende waarden en betekenissen bloot legt, die fundamentele behoeften van mensen in hun context weergeven. Deze vraagpatronen vormen daarmee een bruikbaar ijkpunt voor de (her-)inrichting van zorg- en dienstverlening.

De kern van de vraagpatronenanalyse wordt gevormd door een narratieve methode bestaande uit een open interviewtechniek en een coderingsinstrument. Een narratieve analyse gaat verder dan een reguliere kwalitatieve analyse van open interviews omdat naast de inhoudelijke thema's (WAT), ook systematisch het perspectief van de verteller (WIE), de vertelstructuur en het taalgebruik (HOE) worden bestudeerd. De analyse geeft inzicht in het onderliggende perspectief van de geïnterviewden waaronder hun levenshouding en identiteit (Culler, 2001; Holstein & Gubrium, 2000).

De gevonden vraagpatronen worden vervolgens in de dialoogbijeenkomsten met (geïnterviewde) bewoners, professionals, beleidsmakers en externe relaties of andere betrokkenen besproken op herkenning, erkenning en adressering van de kwesties.

Open vizier

Net als het kwantitatieve onderzoek moet ook de vraagpatronenanalyse getuigen van objectiviteit, betrouwbaarheid en validiteit. Narratief onderzoek is objectief als de onderzoekers zich zo min mogelijk

laten leiden door hun eigen ideeën en veronderstellingen bij het afnemen van de interviews en het analyseren en interpreteren van de data. De objectiviteit van de vraagpatronenanalyse is gewaarborgd doordat in veel gevallen de vragenlijsten en de interviews bij dezelfde ouderen door verschillende onderzoekers zijn afgenomen; weer andere onderzoekers hebben de narratieve data vervolgens geanalyseerd en geïnterpreteerd.

Het onderzoek is valide als deelnemers zich kunnen herkennen in het beeld dat wordt geschetst van hun leefwereld en hun behoeften. Maar ook anderen moeten de in het onderzoek behandelde thema's kunnen begrijpen. Een belangrijke bijdrage aan de validiteit van dit onderzoek wordt geleverd door de dialoogbijeenkomsten, waarin de voorlopige vraagpatronen zijn voorgelegd aan ouderen en professionals uit de woonservicegebieden.

Het onderzoek is betrouwbaar als de conclusies in enige mate overdraagbaar zijn naar een andere context. Omdat de interactie tussen de onderzoekers en de deelnemers mede de uitkomsten van het onderzoek bepaalt, moet het voor anderen duidelijk zijn hoe die interactie zich gaandeweg het onderzoek heeft ontwikkeld (Dormans, 2008). Die duidelijkheid wordt gecreëerd door de verschillende stappen in de dataverzameling en de analyse goed te documenteren. Hiervoor verwijzen we naar de narratieve deelrapportages per proeftuin².

Een belangrijke extra eis die aan kwalitatief onderzoek van dit type wordt gesteld is dat er sprake is van reflexiviteit (Alvesson en Skoldberg, 2000). Dat houdt in dat er met een open vizier gekeken wordt naar de data, en dat er bovendien een zekere gelaagdheid in de interpretatie van de data zit. Ook de reflexiviteit komt tot uitdrukking in het analyseprotocol dat is uitgelegd in de deelrapportages per proeftuin. De voorlopige vraagpatronen zijn geleidelijk aan ontstaan door de sets van narratieven verschillende keren te lezen en er, samen met anderen, op te reflecteren. Leidraad is het SSKK-model, dat niet alleen van de beperkingen van ouderen uit gaat, maar ook van hun mogelijkheden. De conclusies van elk deelonderzoek zijn bovendien gebaseerd op een dialoog tussen ten minste twee projectleden uit een verschillende inhoudelijke discipline. Ook hierdoor is het vizier open gehouden.

Een laatste criterium waarmee nadrukkelijk rekening is gehouden heeft te maken met het transformatieve karakter van het onderzoeksdesign. In navolging van Patton (2002) en Heikkinen et al. (2007) is gewerkt vanuit het idee dat de overtuigingskracht van narratief onderzoek groter is wanneer de verslaglegging in een bepaalde mate emoties oproept bij de lezer ('evocativity'). Een dergelijke presentatie ontstijgt het niveau van pakkende uitspraken, maar biedt ruimte aan 'out of the box' denken en anderszins creatieve interpretaties, en geeft de ouderen nadrukkelijk een stem.

Vergelijking

Tot slot zijn voor de toepassing van de kwalitatieve methode twee *referentiegebieden* gekozen uit de set vergelijkingsgebieden uit bijlage 5. Dit zijn Beuningen ter vergelijking met de meer landelijke proeftuinen en Wolfskuil te Nijmegen ter vergelijking met de meer stedelijke proeftuinen.

Per proeftuin en vergelijkingsgebied zijn circa 36 vraaggesprekken afgenomen bij zelfstandig wonende ouderen (70+), waarbij gehouden is aan een verdeling op basis van kwetsbaarheid. De gesprekken werden in 2011 aan huis afgenomen door studenten van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, de Hogeschool van Amsterdam, Hogeschool Utrecht, Hogeschool Zeeland, Windesheim Hogeschool, Saxion Hogeschool, Hanzehogeschool Groningen en de Radboud Universiteit Nijmegen.

² De narratieve rapporten zijn te verkrijgen via Erik Jansen, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, erik.jansen@han.nl.

4. Proeftuinen

In 2009 zijn tien woonservicegebieden voor het driejarig SEV-experimentenprogramma en het effectenonderzoek geselecteerd. Criteria daarvoor waren (Singelenberg & Triest, 2009; Singelenberg et al, 2012):

- Het woonservicegebied is in de realisatiefase;
- Het gebied voldoet aan de brede definitie van woonservicegebied (gezamenlijk en gebiedsgericht aanbod van wonen, welzijn en zorg);
- Er is een gebleken goede samenwerking tussen participanten;
- Het project is conceptueel/inhoudelijk innovatief.

Per provincie is één voorlopig woonservicegebied geselecteerd. Provincie Groningen en Provincie Zuid-Holland namen niet deel aan het experimentenprogramma. De tien gekozen proeftuinen onderscheidden zich drie jaar geleden door hun voorbeeldwaarde voor de provincie en voor het land en door hun ambitie om proeftuin te zijn en prestaties te formuleren waarop zij door middel van het experimentenprogramma en het onderzoek wilden reflecteren (Singelenberg & van Triest, 2009).

Voordat de effecten van de tien geselecteerde woonservicegebieden op ouderen gemeten kunnen worden wordt elke proeftuin kort beschreven, omdat geen enkel gebied hetzelfde is. Het gehele aanbod van diensten en voorzieningen in de woonservicegebieden is in kaart gebracht door middel van interviews met aanbieders en professionals in het gebied aangevuld met een documentenstudie. Kortom, wat wordt er voor ouderen allemaal aangeboden in een woonservicegebied? Per proeftuin worden de kenmerken van het leefgebied, de populatie, het arrangement en de organisatie weergegeven³. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een eerste vergelijking tussen de proeftuinen.

³ Meer informatie over een specifieke proeftuin is te vinden in de lokale rapportages die behorende bij het onderzoek (zie www.wonenouderen.nl) en in de rapporten van SEV (nu Platform 31) over de uitkomsten van de ontwikkelingsmodules die onderdeel waren van het experimentenprogramma.

Proeftuin Bilgaard, Leeuwarden

Een wijk met veel geschikte woningen en voorzieningen op loopafstand. Zorg, ondersteuning en welzijn worden op gemeenteniveau gefaciliteerd, beschikbaar in Bilgaard.

Woonservicegebied Bilgaard is een type STAGG-model; met een heldere zonering (centrale woonzorgzone rond een wijkdienstencentrum, daarbuiten een woonservicezone) en met een bouwopgave op basis van kengetallen. De fysieke opgave is belangrijk, maar zeker niet het enige kenmerk. Ook de coördinatiefuncties en netwerken op het gebied van zorg en welzijn zijn van belang. De hele Gemeente Leeuwarden is een aantal jaren geleden verdeeld in woonservicegebieden.

Leefgebied en populatie

De wijk Bilgaard bevindt zich aan de noordrand van de stad en kenmerkt zich door vrij veel oudere en allochtone bewoners. Er zijn van oudsher geen intramurale zorgvoorzieningen, maar wel is er een compleet wijkcentrum. In Bilgaard kunnen de meeste oudere bewoners een supermarkt en ontmoetingscentrum bereiken binnen 400 meter van hun woning. Dit betekent dat de oudere die wat slechter ter been is deze voorzieningen gemakkelijk kan bereiken. De huisarts ligt iets verder, maar is ook te voet te bereiken.

Arrangement

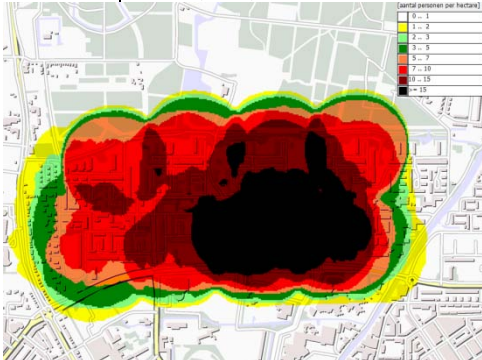
De woningvoorraad in Bilgaard bestaat uit een groot aandeel huurwoningen, met name gestapelde woningen. Een behoorlijk aantal van de woningen is geschikt of aangepast voor ouderen en er zijn een aantal kleinschalige woonzorgvoorzieningen. Ouderen kunnen gebruik maken van multifunctioneel centrum Ludingawoord, wijkcentrum Bilgaard en gezondheidscentrum De Brug. De zorg in de wijk wordt niet gecoördineerd, maar er is wel incidenteel samenwerking en regelmatig contact tussen aanbieders. Ouderen kunnen van diverse aanbieders thuiszorg op afroep krijgen. Vrijwilligerswerk is in verschillende vormen beschikbaar; alleen op gemeenteniveau gecoördineerd; net als ondersteuning van mantelzorgers. Men kan gebruik maken van een scala aan (dag)activiteiten binnen de wijk, en een gevarieerd aanbod aan diensten. Afgezien van een pilot met een wijkdienstencentrum worden alle diensten gemeentebreed aangeboden, dan wel vanuit locaties elders in Friesland. Er zijn enkele informatiepunten in de wijk, professionele ouderenadviseurs (niet specifiek gekoppeld aan

Bilgaard) en men heeft recent invulling gegeven aan de functie van wijkverpleegkundige (Zichtbare Schakel).

Organisatie

In 2004 is de Raamovereenkomst Woonserviceszones Leeuwarden 2004 – 2015 getekend dat gefocust was op deconcentratie van intramurale capaciteit. Om de transitie in de wijk te versnellen. Aansluitend is in 2007 het project Omkeer 2.0 in werking gezet. De doelen daarvan waren het vergroten van het welbevinden en de sociale cohesie onder bewoners en het verlagen van de formele zorgconsumptie door het inschakelen van de zelfredzaamheid van individuen, alsmede het inschakelen van de eigen kracht en steunstructuur van de lokale samenleving. In 2010 is het project Omkeer 2.0 beëindigd, net als het woonservicegebied Bilgaard. De gemeente zet nu alleen in op de kanteling van de Wmo en Welzijn Nieuwe Stijl. Het wijkgerichte netwerk dat gevormd was tijdens Omkeer 2.0 is vervallen. De gemeente neemt met name de zachte-kant-aanpak mee naar de nieuwe situatie.

Oudere bewoner Bilgaard: “Het is hier sociaal, prettig om te wonen. Voorzieningen zijn ook om de hoek, het winkelcentrum is aan de overkant. Ja, dat is zo mooi, als dat zo vlakbij is, want dat dwingt mij om er eens even uit te gaan.”

Basikenmerken Bilgaard	
Provincie	Friesland
Verstedelijking	Stad: stedelijk naoorlogs compact
Inwoners	Ca. 6.000
Aantal 70+	1.169 (2011), dichtheid: 
Type gebied	STAGG-model
Looptijd	2004-2010

Proeftuin Krakeel, Hoogeveen

De wijk is nog in ontwikkeling en krijgt een nieuw centrumgebied. Multifunctioneel centrum De Magneet, de sterrendienst en smederijen zijn al beschikbaar voor (oudere) bewoners.

Woonservicegebied Krakeel is een type STAGG-model; met een heldere zonering (centrale woonzorgzone rond een wijkdienstencentrum, daarbuiten een woonservicezone) en met een bouwopgave op basis van kengetallen. De fysieke opgave is belangrijk, maar zeker niet het enige kenmerk. Ook de coördinatiefuncties en netwerken op het gebied van zorg en welzijn zijn van belang.

Leefgebied en populatie

Krakeel is een jaren zestig wijk met een eenzijdige samenstelling van de woningvoorraad; zo'n 70 procent huurwoningen. Van oudsher is er geen huisarts gevestigd in de wijk. In Krakeel kunnen de meeste oudere bewoners een supermarkt en ontmoetingscentrum bereiken binnen 400 meter van hun woning. Dit betekent dat de oudere die wat slechter ter been is deze voorzieningen gemakkelijk kan bereiken. Een huisarts en apotheek zijn niet beschikbaar op loopafstand.

Arrangement

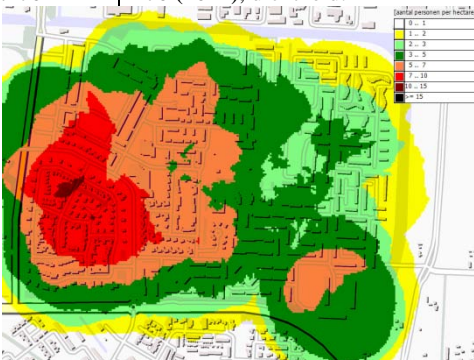
Na de herstructurering zijn er voldoende geschikte woningen. Dankzij de woningcorporatie zijn de woningen voor mensen met een beperking groter en soms luxer uitgerust dan de AWBZ-zorgaanbieder had kunnen bouwen. In het multifunctioneel centrum De Magneet zijn onder andere een grand café, infoloket, dagbesteding, sportzaal, brede school, bibliotheek, en ruimtes voor activiteiten te vinden. Een tweede woonservicegebouw staat op de planning in het vernieuwde centrum. Partijen proberen een integraal zorgteam te vormen, maar stuit op belemmeringen, zoals de huidige wet- en regelgeving en het samenvoegen van budgetten. Bij de smederijen smeden bewoners samen plannen om de leefbaarheid in hun eigen buurt te verbeteren. De Sterrendienst is

een vrijwillige dienstenorganisatie waarmee bewoners elkaar van onbetaalde diensten voorzien; geven en nemen. Activiteiten worden vooral aangeboden in De Meteor en De Magneet. Gemeentebreed zijn er vrijwillige ouderenadviseurs actief en er is een vrijwilligerscentrale voor ondersteunende taken. Thuiszorg op afroep is 24 uur per dag beschikbaar, gepland en ongepland.

Organisatie

In 1999 werd een wijkontwikkelingsplan voor Krakeel vastgesteld door de gemeenteraad met als integraal onderdeel de ontwikkeling van een woonzorgzone en de sectoren welzijn en onderwijs. Het project wordt gemeentebreed aangestuurd door een stuurgroep (WOP Krakeel) bestaande uit verschillende partijen. In Krakeel zelf is een eigen projectorganisatie ingericht en er zijn verschillende overlegvormen aanwezig. De mensen kennen elkaar en weten elkaar te vinden.

Oudere bewoner Krakeel: "Ik kan één ding zeggen. Toen ik hier kwam wonen, toen stond de buurt slecht bekend, baldadigheid enne... Maar na al die jaren hè, hele mooie leefbare buurt geworden. Ik mag hier graag wonen, ik woon hier plezierig. En ja, we hebben een gezellig aantal mensen wonen."

Basiskennmerken Krakeel	
Provincie	Drenthe
Verstedelijking	Stad: kleinstedelijk
Inwoners	Ca. 5.000
Aantal 70+	470 (2011), dichtheid: 
Type gebied	STAGG-model
Looptijd	1999-heden

Proeftuin Berflo Es, Hengelo

Een wijk die geherstructureerd wordt met aandacht voor geschikt wonen. De sociale basis is al gerealiseerd in de vorm van een sleutelteam, ouderenadviseur, wijkverpleegkundige en Noaberloket.

Woonservicegebied Berflo Es wordt omschreven als een netwerkmodel, dat wil zeggen een gebied waarin zorg en welzijn een integrale keten vormen en het fysieke element (bouw) pas in een later stadium wordt ingevuld. Belangrijk is de aanwezigheid van een intermediaire functie (omtinker of casemanager) rond de cliënt.

Leefgebied en populatie

Berflo Es is een herstructureringswijk die vooral fysiek nog volop in ontwikkeling is. Van de kleine 4.000 woningen in Berflo Es worden 1.200 woningen gesloopt en 900 woningen terug gebouwd, rolstoeltoegankelijk en -bezoekbaar. Er wordt nog een multifunctionele accommodatie gerealiseerd (planning 2013), met onder andere zorg op afroep, een kleinschalig winkelcentrum, ontmoeting en een brede school. Ook zijn er plannen om de aanwezige huisarts, apotheek en fysiotherapeut te clusteren in één gebouw. Voor een aantal 70-plussers liggen ten minste één supermarkt, huisarts en ontmoetingscentrum binnen 400 meter van hun woning. Dit betekent dat de oudere die wat slechter ter been is deze voorzieningen gemakkelijk kan bereiken. Het merendeel van de ouderen woont iets verder af van de voorzieningen.

Arrangement

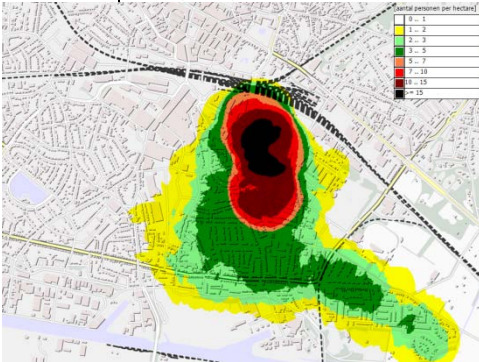
Vooruitlopend op de fysieke extramuralisering is er een sleutelteam voor Berflo Es opgezet: een vaste groep professionals en vrijwilligers afkomstig uit verschillende organisaties, ook de huisartsen en de praktijkondersteuner GGZ zijn aangesloten. Naast de multifunctionele accommodatie is gekozen voor drie kleinschalige sociale filialen of buurtkamers als ontmoetings- en eetpunt binnen loopafstand. Ook worden kleinschalige alternatieven ontwikkeld voor intramurale zorgconcepten (beschermd, verzorgd en begeleid wonen) bedoeld voor ouderen, lichamelijk of verstandelijk gehandicapten en voor mensen met psychiatrische problemen. In Hengelo zijn ouderenadviseurs actief en in Berflo Es een wijkverpleegkundige (Zichtbare Schakel). Het

Steunpunt Informele Zorg in Hengelo biedt onder meer ondersteuning van mantelzorgers, praktische hulp thuis door vrijwilligers en lotgenotencontact. Ook is er het Noaberloket waar vraag en aanbod van gratis diensten bij elkaar worden gebracht. De activiteiten, ook AWBZ geïndiceerd, vinden verspreid in de wijk plaats. De nachtzorg aan huis is nog onvoldoende ontwikkeld in Berflo Es. De advisering aan eigenaar-bewoners voor het aanpassen van hun woning is in ontwikkeling.

Organisatie

De wijk Berflo Es geldt als pilot voor de implementatie van woonservicegebieden in de gemeente. De partijen interveniëren op twee fronten: door een omvangrijke fysieke en sociale herstructurering. Inmiddels is het gemeentelijk potje leeg en draagt iedereen financieel en procesmatig bij. Gezamenlijk zijn de partijen verantwoordelijk voor het proces, maar voor ieder deel van de zorg is de zorgverstrekker zelf verantwoordelijk. Alles komt nu makkelijker en sneller op de juiste plek terecht, vanwege de onderlinge afstemming en samenwerking.

Oudere bewoner Berflo Es: "Ja ja, de badkamer is beneden dus dat is... Je zou eventueel hier een slaapkamer van kunnen maken, gelijkvloers. Ik heb zelf een badkamertje gemaakt en wc ernaast. Ja en kijk, de drempels kun je eruit halen bij wijze van spreken. Kun je met je rolstoel of rollator door."

Basiskennmerken Berflo Es	
Provincie	Overijssel
Verstedelijking	Stad: naoorlogs grondgebonden en groen stedelijk
Inwoners	Ca. 7.000
Aantal 70+	697 (2011), dichtheid:
	
Type gebied	Netwerk model
Looptijd	2008-heden

Proeftuin Meulenvelden, Didam

Meulenvelden vormt een nieuw centrum in Didam met geschikte appartementen, multifunctioneel centrum Waverlo, gezondheidscentrum Het Panhuis en andere zorgdiensten en welzijnsactiviteiten gericht op ouderen.

Woonservicegebied Meulenvelden is een zonaal model, dat wil zeggen een gebied georganiseerd rond een zorgcentrum: er omheen staan binnen een straal van 200 tot 300 meter diverse typen wooncomplexen met levensloopbestendige woningen en zorggaranties, te midden van de reguliere woningvoorraad. Zo 'ontploft' het zorgcentrum als het ware over de wijk. Het zorgcentrum fungeert als dienstencentrum voor een groter gebied, maar valt niet samen met het wijk(winkel)centrum. Er zijn overigens ook argumenten om Meulenvelden meer te zien als een woonservicegebied volgens het STAGG-model, met een multifunctionele accommodatie als hart.

Leefgebied en populatie

Vaak worden de centrale gebouwen Waverlo, Tesma en Panhuis aangeduid als Meulenvelden. Deze gebouwen liggen in het centrum van het woonservicegebied. Dit hele gebied is opnieuw ingericht, met het accent op veiligheid en bereikbaarheid, afgestemd op de doelgroep van Meulenvelden. In Didam kan een aanzienlijk deel van de 70-plussers een supermarkt, huisarts en ontmoetingscentrum bereiken binnen 400 meter van hun woning. Dit betekent dat de oudere die wat slechter ter been is deze voorzieningen gemakkelijk kan bereiken. Dit is hoger dan in de andere dorpse proeftuinen, maar ook hoger dan in de meeste meer stedelijke proeftuinen.

Arrangement

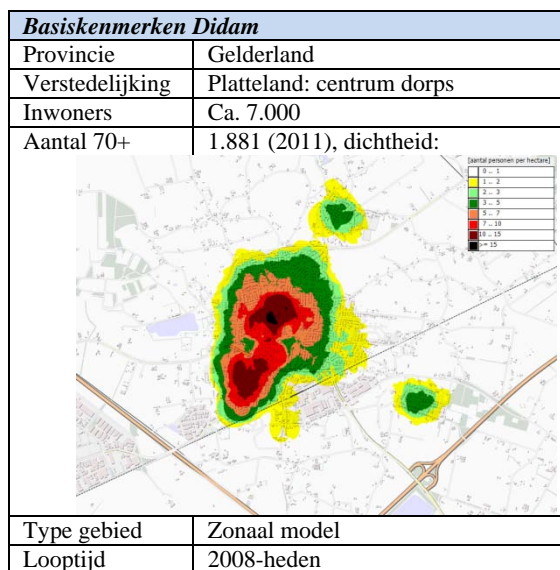
Alle huurappartementen zijn geclassificeerd met het WoonKeur label. Meulenvelden biedt daarnaast 53 plaatsen voor verzorgingshuiszorg, 50 plaatsen voor verpleeghuiszorg (beide zorgindicatie vereist), vijf verpleeghuisunits en één woonvorm voor mensen met een niet aangeboren hersenletsel met 24-uur zorg. In het multifunctioneel centrum Waverlo worden onder andere informatie en (dag)activiteiten aangeboden, maar ook meer commerciële functies zoals een bakker, bank, bloemist en koffiëcorner. In

gezondheidscentrum Het Panhuis zijn huisartsen, apotheek, fysiotherapeut en tal van andere zorgverleners te vinden. De zorg in de wijk wordt niet gecoördineerd, elke aanbieder heeft zijn eigen extramurale cliënten en een eigen zorgaanbod. Wel wordt samengewerkt bij het leveren van zorg in de nacht, maar dit is alleen beschikbaar in de appartementen van de gebouwen Tesma en Waverlo. Verder is er geen structureel overleg tussen de huisartsen en de zorgpartijen uit de wijk. Op het gebied van welzijn organiseert Stichting Welcom het vrijwilligersnetwerk en het ondersteuningsaanbod voor mantelzorg in de hele gemeente. Ook heeft Welcom ouderenadviseurs in dienst. Tot slot loopt er een project voor eigenaar-bewoners in de omgeving van Meulenvelden met voorlichting over het levensloop bestendig maken van de eigen woning.

Organisatie

De regio wordt gevoerd door woningcorporatie Laris en zorgaanbieder Diafaan. Alle deelnemende partijen zijn vertegenwoordigd in de Programmaraad. Dit is een soort ondernemersoverleg met alle partijen die bij Meulenvelden betrokken zijn, namelijk commerciële partijen, zorgpartijen, welzijnspartijen en de woningcorporatie. Gemeente Montferland is (nog) geen onderdeel van de Programmaraad.

Oudere bewoner Meulenvelden: "Nou ja wat, het is allemaal prettig. De vrijheid, de gezelligheid, de contacten met elkaar, dat is fijn. Je zit hier niet ver van de winkels af. Ik kan het toch niet beter hebben."



Proeftuin Rond de Regenboog, Dronten

In een straal rond woonzorgcomplex De Regenboog zijn veel geschikte woningen en is zorg aan huis beschikbaar, ook in de nacht. Voor welzijn kan men terecht aan het overdekte wijkplein en in het denksportcentrum.

Woonservicegebied Rond de Regenboog is een zonaal model, dat wil zeggen een gebied georganiseerd rond een zorgcentrum: een groot deel van Dronten is aangewezen als woonservicegebied; woningen die per fiets binnen 10 à 15 minuten bereikbaar zijn vanuit De Regenboog. Binnen 200 meter is een centrale zone afgebakend met een verhoogde concentratie van aanleunwoningen, zorgwoningen en gewone seniorenwoningen. Het aantal van deze woningen neemt de komende jaren toe tot ongeveer 400. Het woonzorgcentrum 'ontploft' zo als het ware over de wijk en fungeert als dienstencentrum voor een groter gebied, maar valt niet samen met het wijk(winkel)centrum.

Leefgebied en populatie

In Dronten is het bestaande verzorgingshuis is vervangen door een woonzorgcomplex met daaromheen een centrale zone. Binnen het ruimere woonservicegebied wordt een gespecificeerd pakket van zorg en diensten aangeboden. Het woonservicegebied oefent op dit moment aantrekkingskracht uit op ouderen wat resulteert in een lange wachtlijst voor de wooneenheden. Naar verwachting zal dit toenemen, vanwege de vergrijzinggolf en de relatief beperkte capaciteit van intramurale en extramurale zorg in Flevoland. In Dronten kunnen 70-plussers geen supermarkt, huisarts en ontmoetingscentrum bereiken binnen 400 meter van hun woning. Dit betekent dat de oudere die wat slechter ter been is de voorzieningen niet gemakkelijk kan bereiken. Hierbij speelt de vestigingsplaats van één huisarts en de wat excentrische ligging van De Regenboog ten opzichte van de winkels een rol.

Arrangement

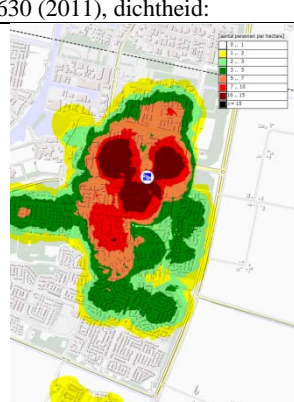
De Regenboog is een woonzorgcomplex met intramurale plaatsen (met en zonder behandeling), groepswoningen voor dementerenden en een multifunctioneel dienstencentrum, inclusief overdekt wijkplein. In de directe omgeving is wooncomplex De Woonark (verzorgd wonen) gebouwd met een denksportcentrum. De Woonark en De Regenboog zijn met elkaar verbonden door een overdekte

luchtbrug. In de aanleunwoningen wordt eveneens verzorgd wonen geboden, ook voor mensen met een indicatie voor intramuraal verblijf. Er is geen advies voor eigenaar-bewoners voor het aanpassen van bestaande woningen. De geschiktheid van woningen is in het ruimere woonservicegebied niet altijd in beeld. In De Regenboog kan men onder andere terecht voor een apotheek, een prikpunt, activiteiten (ook AWBZ geïndiceerd) en informatie over zorg en welzijn. Ten tijde van het onderzoek was er nog geen ouderenadviseur actief, er is geen samenwerking tussen partijen uit de wijk en de eerstelijns en de zorg in de wijk wordt niet integraal gecoördineerd, ook omdat Coloriet vooral haar eigen cliënten in de wijk behandelt. Ondersteuning van mantelzorgers en een vrijwilligerscentrale wordt centraal gefaciliteerd in Dronten. Tot slot is het zorgteam van Coloriet rond De Regenboog 24 uur per dag beschikbaar binnen 15 minuten, ook voor onplanbare zorg.

Organisatie

Het trio Coloriet, woningcorporatie OFW en de gemeente nam het initiatief voor een woonzorgzone naar aanleiding van de nieuwbouwplannen voor woonzorgcentrum De Regenboog. De regie wordt gevoerd door Coloriet (aanbieder van diensten op het gebied van wonen, welzijn en zorg). Icare Thuiszorg en het zorgkantoor zijn geen partner van het woonservicegebied.

Oudere bewoner Dronten: "Nou, toch het dorpse en landelijke. Een daaldersplekje, overal dichtbij. Alles kan ik lopend doen en ik kan ver van mij afkijken qua uitzicht."

Basiskennmerken Dronten	
Provincie	Flevoland
Verstedelijking	Platteland: centrum dorps
Inwoners	Ca. 13.000
Aantal 70+	1.630 (2011), dichtheid:
	
Type gebied	Zonaal model
Looptijd	2000-heden

Proeftuin De Bilt-West

Het bestaande aanbod in de wijk is het uitgangspunt voor een samenhangend pakket met centraal wijkservicecentrum 't Hoekie, adviseur WWZ en integraal wijkzorgteam.

Woonservicegebied De Bilt-West wordt omschreven als een netwerkmodel, dat wil zeggen een gebied waarin zorg en welzijn een integrale keten vormen en het fysieke element (bouw) pas in een later stadium wordt ingevuld. Belangrijk is de aanwezigheid van een intermediaire functie (omtinker of casemanager) rond de cliënt.

Leefgebied en populatie

In De Bilt-West kan een deel van de 70-plussers een supermarkt, huisarts en ontmoetingscentrum bereiken binnen 400 meter van hun woning. Dit betekent dat de oudere die wat slechter ter been is deze voorzieningen gemakkelijk kan bereiken.

Arrangement

Het Project MENS heeft als doel de ontwikkeling van een samenhangend en dekkend pakket zorg- en welzijnsdiensten op wijkniveau. De strategie is om in hoge mate aan te sluiten bij bestaand aanbod en dit op gebiedsniveau te verbinden tot een samenhangend pakket. Speerpunten hierbij zijn wijkservicecentrum 't Hoekie en de functie van (wijk)adviseur Wonen-Welzijn-Zorg (WWZ). Taken van deze adviseur zijn onder meer huisbezoeken, verwijzen, signaleren, ondersteunen en casemanagement. De adviseur is onderdeel van het integraal wijkzorgteam dat wekelijks overlegt. Het team bestaat uit twee integrale onderdelen: Wmo en AWBZ, ieder met een eigen teamleider. Er zijn ook verschillende overlegstructuren tussen partijen uit de wijk en eerstelijns partijen. In De Bilt-West is het gezondheidscentrum MediBilt gevestigd met onder andere huisartsen, gespecialiseerde verpleegkundigen, fysiotherapiepraktijk, specialist ouderengeneeskunde. Voor alle inwoners is 24 uur per dag planbaar en onplanbaar thuiszorg op afroep beschikbaar. Vrijwilligers zijn actief in 't Hoekie en bij SWO. Bewoners zijn ook als ambassadeurs actief, vormen het signaleringsnetwerk en participeren in klankbordgroepen. SWO heeft een steunpunt mantelzorg, onderdeel van het wijkzorgteam en de zorginstellingen. In het wijkservicecentrum 't Hoekie zitten diverse hulpverleners, het wijkzorgteam, de

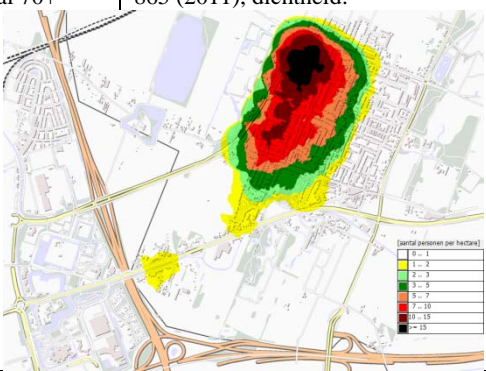
wijkwinkel, adviseurs WWZ en er zijn spreekuren van de wijkcoach en medisch adviseur. Daarnaast is er een wijkrestaurant in verzorgingshuis Weltevreden. Kwintes (gericht op psychiatrie) verzorgt het Trefpunt in restaurant De Griffel. Er worden op meerder locaties verschillende activiteiten aangeboden, al dan niet AWBZ geïndiceerd. De gemeente ontwikkelt beleid voor woningen van diverse geschiktheidsniveaus (zowel huur als koop) en ook woningcorporatie SSW is actief op het gebied van het opplussen van woningen. Er zijn enkele intramurale instellingen in de nabijheid van het woonservicegebied, met een regionale/lokale functie, maar er zijn ook plannen voor kleinschalige clusters met zorgwoningen in de wijk.

Organisatie

Gemeente De Bilt heeft een convenant gesloten met zorg-, welzijns- en overheidsorganisaties om drager of participant te worden in een van de projecten in het woonservicegebied. Om de continuïteit van het woonservicegebied te waarborgen is het projectteam MENS gevormd met een coördinerende en innoverende functie en toeziet op borgingsprocessen. Na evaluatie in 2010 is besloten de wijkgerichte aanpak door te ontwikkelen.

Oudere bewoner De Bilt-West: “We hebben nog even overwogen om helemaal uit De Bilt weg te gaan, maar in de loop van de jaren bouw je toch een heel blok sociale contacten op. Dus je contacten liggen dan toch hier en we zeiden: nou, laten we dan toch maar hier blijven wonen.”

Basiskkenmerken De Bilt-West

Provincie	Utrecht
Verstedelijking	Platteland: centrum dorps
Inwoners	Ca. 6.000
Aantal 70+	865 (2011), dichtheid: 
Type gebied	Netwerk model
Looptijd	2006-heden

Proeftuin Zeevang, De Verbinding

Een uitgestrekt gebied met veel initiatieven op omtrent wonen, welzijn en zorg, die niet altijd uitpakken zoals gedacht en langer thuis wonen niet altijd mogelijk blijkt.

Zeevang wordt omschreven als een netwerk woonservicegebied, dat wil zeggen een gebied waarin zorg en welzijn een integrale keten vormen, waarbij het fysieke element (bouw) pas in een later stadium wordt ingevuld. Belangrijk is de aanwezigheid van een intermediaire functie (omtinker of casemanager) rond de cliënt.

Leefgebied en populatie

De gemeenten Beemster, Graft-De Rijk, Schermer en Zeevang vormden het initiatief voor het Wonen-Welzijn-Zorg-project De Verbinding. In Graft-De Rijk bevindt zich de enige intramurale voorziening, een verzorgingshuis. In drie van de vier grote kernen zijn woonzorgcentra; complexen waar ouderen zelfstandig met zorg kunnen wonen. Gemeente Zeevang wordt gevormd door de kernen Beets, Oosthuizen, Middellie, Kwadijk, Hobrede, Schardam en Warder. Door de uitgestrektheid van het gebied is het slechts voor enkele ouderen in Oosthuizen mogelijk om binnen 400 meter van hun woning een supermarkt, huisarts en ontmoetingscentrum te voet te bereiken. Mede hierdoor zijn sommige voorzieningen en diensten ook aan huis leverbaar.

Arrangement

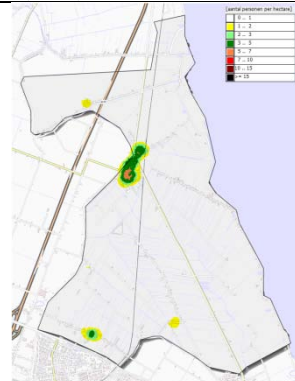
Het doel was om 90 procent van de ouderen en mensen met een beperking zo lang mogelijk thuis te laten wonen. In Zeevang bestaat de woningvoorraad vooral uit particulier bezit. Er waren projecten voor 55-plussers met als thema ‘nadenken over lang in de eigen woning wonen’. Met het mantelzorgwoning project is exact in kaart gebracht hoe de verschillende instanties in samenwerking een mantelzorgwoning kunnen realiseren en exploiteren. Dit project resulteerde niet in een mobiele mantelzorgwoning, maar in een flexibele zorgkamer in Oosthuizen. Het service- en ontmoetingscentrum De Seevanck is ook gevestigd in Oosthuizen met onder andere een koffiëcorner, ontmoetingsruimte, activiteiten, zorgloket, wijksteunpunt, internetcafé, seniorenconsult, prikklab, bibliotheekservice (ook aan huis) en predikant. Verder is er advisering door de Aangenaam Wonen Plusconsulent beschikbaar in De Seevanck of aan huis, ook in te zetten voor de ondersteuning van mantelzorg en preventieve huisbezoeken. Er is geen vrijwilligerscentrale, maar

de dorpssteunpunten in de kleinere kernen worden vrijwel geheel gerund door vrijwilligers. Een integraal wijkzorgteam is getest en heeft een negatieve uitkomst, door onder meer de kleine ouderen-aantallen en de concurrentie tussen Evean (aan huis zorg aanbieden) en de Zorgcirkel (in instelling zorg aanbieden). Voor de thuiszorg op afroep werkt Evean via personenalarmering Eurocross met een responstijd van 20 minuten, maar in het buitengebied zijn de aanrijdtijden veel langer. Tot slot is er een gratis buurtbus die een grote lus rijdt.

Organisatie

Formeel waren de gemeenten de sturende partij, maar het was een project van alle partijen. De stuurgroep formuleerde een projectenprogramma met 14 deelprojecten. Per 1 januari 2012 zijn het woonservicegebied Zeevang en samenwerkingsverband De Verbinding beëindigd. De kennis die is opgedaan wordt zo veel mogelijk bewaard. Een van de oorzaken is de fusie van de gemeenten die De Verbinding vormden die van de baan is, inclusief het gemeenschappelijke fonds. Daarnaast is door een wisseling van de wethouder in Gemeente Zeevang een andere koers ingezet. Tot slot wringt het dat binnen De Verbinding grenzen zijn, zoals twee vervoersregio's en twee zorgkantoren.

Oudere bewoner Zeevang: “Als je een keertje hulp nodig hebt dan kun je gewoon aankloppen bij de burens, en andersom ook. Dat weten we heel zeker. Dat kan makkelijk.”

Basiskkenmerken Zeevang	
Provincie	Noord-Holland
Verstedelijking	Platteland: dorps en landelijk bereikbaar
Inwoners	Ca. 6.500
Aantal 70+	497 (2011), dichtheid:
	
Type gebied	Netwerk model
Looptijd	2007-2012

Proeftuin Middelburg Noord-Oost

Een gebied met veel geschikte woningen en centraal gelegen multifunctionele accommodatie Hof van Buren.

Woonservicegebied Middelburg Noord-Oost is een type STAGG-model; met een heldere zonering (centrale woonzorgzone rond een wijkdienstencentrum, daarbuiten een woonservicezone) en met een bouwopgave op basis van kengetallen. De fysieke opgave is belangrijk, maar zeker niet het enige kenmerk. Ook de coördinatiefuncties en netwerken op het gebied van zorg en welzijn zijn van belang. In Gemeente Middelburg worden negen woonservicezones gerealiseerd met de volgende bestanddelen: verschillende vormen van wonen voor zorgbehoevenden, een zorgkruispunt, een coördinatiepunt en welzijnsactiviteiten aan huis of dichtbij in of vanuit de wijk(welzijns)activiteitencentra.

Leefgebied en populatie

Het woonservicegebied bestaat uit de wijken Nieuw Middelburg, Klarenbeek en Veerse Poort. De multifunctionele accommodatie Hof van Buren is bewust tussen deze wijken in gepositioneerd, zodat bewoners uit iedere wijk aangetrokken worden. In Middelburg Noord-Oost kan een gedeelte van de oudere bewoners een supermarkt en ontmoetingscentrum bereiken binnen 400 meter van hun woning. Dit betekent dat de oudere die wat slechter ter been is deze voorzieningen gemakkelijk kan bereiken. Een huisarts is voor de meeste ouderen niet binnen deze afstand te bereiken.

Arrangement

In Middelburg Noord-Oost zijn veel seniorenwoningen gerealiseerd (van onzelfstandige woonruimte met verblijf in clustervorm tot zelfstandige woningen met intensieve planbare thuiszorg) die allen voldoen aan het WoonKeur label. Hierbij gaat het vooral om huurwoningen. De geschiktheid van de bestaande voorraad (koop)woningen is niet in beeld en er is ook geen advisering voor het oplossen van de eigen woning. Multifunctionele accommodatie en woonzorgcomplex Hof van Buren is het centrum van het woonservicegebied met functies als informeren, activiteiten, ontmoeting en wonen. De exploitatie van het grand café is nog een aandachtspunt. Er is geen integraal wijkzorgteam, maar Zorgstroom (grootste

aanbieder) werkt wel samen met andere zorgpartijen en de eerstelijnszorg. Verder maken andere organisaties voor hun extramurale cliënten gebruik van de nachtdienst van Zorgstroom (24x7). Er is niet één soort ouderenadviseur aanwezig, maar onder andere welzijnsadviseurs van SWM, zorgmedewerkers van Porthos en zorgcoördinatoren, zonemanagers en wijkverpleegkundigen van Zorgstroom. Facilitas vormt een gemeentebreed platform voor diensten aan huis. Een vrijwilligerscentrale is op regionaal niveau aanwezig, net als Stichting Manteling (Walcheren). Sinds eind 2011 is er een proef met een servicebus die stopt bij alle woonzorgcomplexen, toegankelijk voor iedereen en gratis als men een Wmo-pas heeft.

Organisatie

De gemeente heeft gewerkt met groeiboeken. Op vijf deelgebieden zijn projectorganisaties werkzaam (geweest): wonen, zorg, diensten, ondersteuning en welzijn. In Middelburg Noord-Oost komt het aanjaagteam niet meer bij elkaar, omdat de projecten worden uitgevoerd; het woonservicegebied bevindt zich in een vergevorderd stadium van implementatie. Er is een Wijknetwerk gevormd, ontstaan vanuit het wijkgerichte werken.

Oudere bewoner Middelburg Noord-Oost: “Ja ja, een zorgpunt of zo iets, geloof ik, voor vragen en zo kunnen we er ook terecht, dus dat is op zich wel plezierig. Zeker als je moeilijker ter been bent wordt het toch fijn dat het allemaal in de buurt is.”

Basiskennmerken Middelburg Noord-Oost	
Provincie	Zeeland
Verstedelijking	Stad: kleinstedelijk en groen kleinstedelijk
Inwoners	Ca. 9.500
Aantal 70+	1.296 (2011), dichtheid:

Proeftuin Hoge Vucht, Breda

Een wijk met veel geschikte huurwoningen en veel voorzieningen op loopafstand. Geen integraal aanbod van zorg, ondersteuning en welzijn op wijkniveau.

Woonservicegebied Hoge Vucht is een type STAGG-model; met een heldere zonering (centrale woonzone rond een wijkdienstencentrum, daarbuiten een woonservicezone) en met een bouwopgave op basis van kengetallen. De fysieke opgave is belangrijk, maar zeker niet het enige kenmerk. Ook de coördinatiefuncties en netwerken op het gebied van zorg en welzijn zijn van belang. De hele gemeente Breda is ingedeeld in woonservicegebieden in het kader van het gemeentelijk beleid Geschikt Wonen voor Iedereen (GWI). In Hoge Vucht is een centrale zone rond het winkelcentrum Moerwijk met zorgkruispunt Vuchterhage en daaromheen enkele satellieten, zoals het Gerrit Rietveldhuis en verzorgingshuis Raffy.

Leefgebied en populatie

In Hoge Vucht wonen relatief meer 55-plussers, jongeren en migranten dan gemiddeld in Breda. In Hoge Vucht is 72% huurwoning. Er is een ruim aanbod van geschikte woningen voor ouderen, veel woningen zijn opgeplust en er zijn nieuwbouwplannen. Het gebied beschikt over een goed algemeen voorzieningenniveau. Echter zijn door het verdwijnen van twee winkelstrips de afstanden voor de dagelijkse levensbehoeften vanuit sommige delen van de wijk groter geworden. In Hoge Vucht kan een aanzienlijk deel van de 70-plussers een supermarkt, huisarts en ontmoetingscentrum bereiken binnen 400 meter van hun woning. Dit betekent dat de oudere die wat slechter ter been is deze voorzieningen gemakkelijk kan bereiken. Dit is hoger dan in de andere proeftuinen, ondanks het verdwijnen van de winkelstrips. Hoge Vucht is ook goed bereikbaar met het openbaar vervoer.

Arrangement

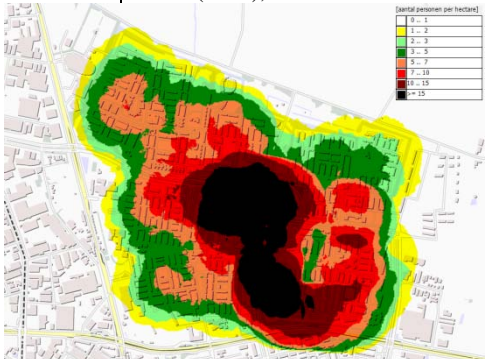
Beschermd wonen is mogelijk in een intramurale setting. Verzorgd wonen, levensloopgeschikt wonen en nultreden woningen zijn in ruime mate aanwezig in de wijk. Ten tijde van het onderzoek is er niet één centrum voor informatie, activiteiten en diensten. Men kan terecht bij Vuchterhage, Raffy en het Gerrit Rietveldhuis. Multifunctionele accommodatie De

Schatkamer is in ontwikkeling. Huisartsen, apotheek en fysiotherapie zijn aanwezig in de wijk. Activiteiten en diensten aan huis worden onder andere aangeboden vanuit Vuchterhage, Raffy, Gerrit Rietveldhuis, Careyn, Stichting Elisabeth en Stichting WIJ. Vrijwilligers voor ondersteuning op verschillende vlakken worden ingezet door meerdere organisaties. Ondersteuning van mantelzorgers is geregeld via het Steunpunt Informele Zorg Breda. De zorgorganisaties werken wijkgericht, maar er is geen sprake van een integraal wijkzorgteam en regulier wijkzorgoverleg. Er zijn meerdere adviseurs, onder andere professionele adviseurs van Stichting WIJ en de wijkverpleegkundigen van Careyn (Zichtbare Schakel). Thuiszorg op afroep is beschikbaar voor cliënten van Careyn (24x7).

Organisatie

Een groot aantal partijen heeft zich bij het wijkconvenant Hoge Vucht aangesloten als netwerkpartner. Het zorgkantoor en het bedrijfsleven uit de wijk zijn (nog) geen directe partner van het woonservicegebied. In het nieuwe GWI-beleid 'Verzilvering@Breda' is het beleid aangescherpt en aangevuld.

Oudere bewoner Hoge Vucht: "Wij wonen hier graag. We hebben een hele leuke galerij, leuke burens. En de wijk, nou ja, aan die kant is het niet zo geweldig, maar daar hoeft je niet te komen, want het winkelcentrum is aan de andere kant."

Basiskennmerken Hoge Vucht	
Provincie	Noord-Brabant
Verstedelijking	Stad: stedelijk naoorlogs compact
Inwoners	Ca. 15.500
Aantal 70+	1.952 (2011), dichtheid:
	
Type gebied	STAGG-model
Looptijd	2009-heden

Proeftuin Helden-Panningen

Een gebied waar aanbod van zorg, ondersteuning, welzijn en wonen op dorpsniveau wordt gefaciliteerd, het liefst vraaggestuurd.

Helden-Panningen wordt omschreven als een netwerk woonservicegebied, dat wil zeggen een gebied waarin zorg en welzijn een integrale keten vormen, waarbij het fysieke element (bouw) pas in een later stadium wordt ingevuld. Belangrijk is de aanwezigheid van een intermediaire functie (omtinker of casemanager) rond de cliënt.

Leefgebied en populatie

Gemeente Peel en Maas maakt de omslag van grootschalig naar kleinschalig wonen wat betreft verpleeg- en verzorgingsplaatsen en kleinschalige woonvormen voor mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking. Helden-Panningen ontgroent en vergrijs. De kunst is om inwoners tijdig de nodige aanpassingen in de woning aan te laten brengen of om hen te motiveren hun huidige woning te verlaten en in te ruilen voor een meer passende woning. In Panningen kan een klein deel van de 70-plussers een supermarkt, huisarts en ontmoetingscentrum bereiken binnen 400 meter van hun woning. Dit betekent dat de oudere die wat slechter ter been is deze voorzieningen gemakkelijk kan bereiken. In Helden zijn een supermarkt en ontmoetingscentrum wel voor een deel van de ouderen op loopafstand.

Arrangement

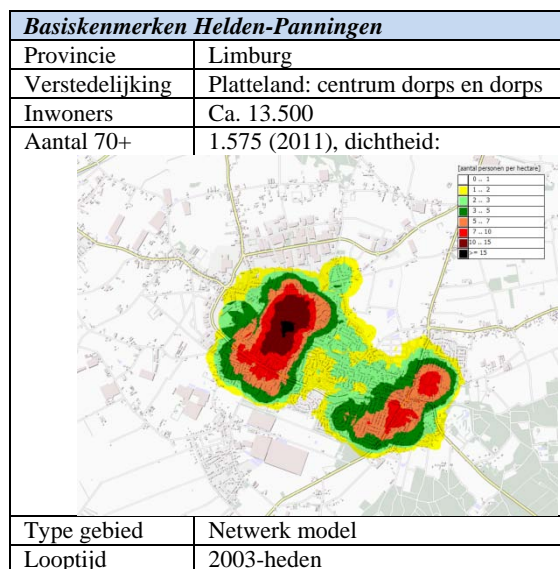
Zo'n 70% van de woningen in Helden-Panningen is in particulier bezit. De geschiktheid van de particuliere woningen is niet in kaart gebracht. Wel zijn er verschillende aangepaste woonzorgvormen in de dorpen en multifunctionele centra met een gevarieerd aanbod aan voorzieningen en diensten: activiteitencentrum Vorkmeer (inclusief loket De Wegwijzer), zorgcentrum De Wietel, KBO Activiteitencentrum, Kerkeböske en Dok 6. Pantaleon Medisch Centrum is een gezondheidscentrum in Panningen met onder meer een huisartsenpraktijk, apotheek en Proteion Thuiszorg. Er is geen sprake van een integraal wijkzorgteam. De verschillende teams die zorg leveren in het dorp (zowel AWBZ als Wmo) werken wel samen in de nachtdienst. Onplanbare thuiszorg (24x7) is mogelijk via een alarmeringsapparaat en telegorg, de responstijd is ongeveer 20 minuten. Er is met zorgpartijen en de eerstelijns partijen een netwerk opgestart met een wekelijks overleg. Verder zijn er zowel professionele als vrijwillige adviseurs actief in Helden-Panningen met taken als informeren,

lichte ondersteuning en huisbezoek. Er is een vrijwilligerscentrale met onder meer maatjes, ondersteuning bij mantelzorg en jongeren die boodschappen doen voor ouderen in het kader van hun maatschappelijke stage. Er zijn te veel vrijwilligers waardoor wachtlijsten ontstaan. Stichting Seniorenvervoer H.E.P. biedt vervoer aan naar maatschappelijke activiteiten voor senioren. Er rijdt ook een dorpsbus met vrijwilligers als chauffeur, ontstaan op eigen initiatief.

Organisatie

Het convenant Leven in het Dorp Wonen-Welzijn-Zorg (WWZ) is door 33 partijen ondertekend. Het doel is te komen tot een vraaggestuurd aanbod van woon-, zorg- en welzijnsdiensten. Naast het convenant is later de beleidsnota 'Leven in het Dorp WWZ 2008-2012, Samen innovatief grenzen verleggen' opgesteld. De regie ligt bij Gemeente Peel en Maas, maar het project is van alle betrokken partijen. In woonservicegebied Helden-Panningen is ook het zorgkantoor een convenantpartij. De coördinatie vindt plaats met behulp van een aantal overlegvormen en coördinerende functies. Men vindt elkaar gemakkelijk, want iedereen kent elkaar.

Oudere bewoner Helden-Panningen: "Ik woon hier heel erg graag, met veel plezier, een prettige buurt. Ik kan met iedereen praten, met iedereen opschieten. En nou, die buurvrouw daar komt geregeld bij mij binnenlopen."



4.1 Verschillen

Bij een vergelijking van de proeftuinen moet rekening gehouden worden met de looptijd van de specifieke projecten in de proeftuinen. Zo is bijvoorbeeld Helden-Panningen sinds 2003 in ontwikkeling en is Hengelo in 2008 gestart met de herstructurering van de wijk. Soms kiezen samenwerkende partijen bewust voor het wel of niet ontwikkelen van een bestanddeel en soms geven ze voorkeur aan een volgorde van ontwikkelen, waardoor (nog) niet alles gerealiseerd is ten tijde van de effectmeting (2011). In bijlage 1 is een impressie van het aanbod in de verschillende proeftuinen terug te vinden.

In het aanbod van voorzieningen en diensten is een indeling te maken van zogenoemde 'hardware' en 'software'. De hardware bevat de tastbare voorzieningen, zoals een multifunctioneel gebouw. De software omvat juist de niet tastbare diensten en netwerken, zoals dagactiviteiten. In de volgende overzichten zijn de hard- en software in de proeftuinen weergegeven. Een uitgebreider overzicht is opgenomen in bijlage 1.

X = in ontwikkeling

XX = aanwezig (2011)

Bestanddeel	<i>Hardware</i>									
	Proeftuin									
	Bilgaard, Leeuwarden	Krakeel, Hoozevee	Berflo Es, Hengelo	Meulenvelden, Didam	Rond de Regenboog, Dronten	De Bilt-West	Zeevang, De Verbinding	Middelburg Noord-Oost	Hoge Vucht, Breda	Helden-Panningen
Geschiktheid huurwoningen in beeld	XX	XX	XX	XX	X+XX	XX	XX	XX	X+XX	X+XX
Geschiktheid koopwoningen in beeld		XX			XX	XX	XX		XX	
Aangepaste woonzorgvormen	XX	XX	X+XX	XX	XX	X	XX	XX	X+XX	X+XX
Veilige en leefbare woonomgeving*	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Wijkservicevoorziening **	XX	XX	X	XX	XX	XX	XX	XX	X	XX
Gezondheidsvoorziening ***	XX		X	XX	XX	XX				XX

* Vaak ingebed in gemeentelijk beleidsplan met onderhoudsplan.

** Vaak sprake van een multifunctionele accommodatie.

*** Cluster van huisarts(en), apotheek, fysiotherapie, etc.

<i>Software</i>										
Bestanddeel	Proeftuin									
	Bilgaard, Leeuwarden	Krakeel, Hoogeveen	Berflo Es, Hengelo	Meulenvelden, Didam	Rond de Regenboog, Dronten	De Bilt-West	Zeevang, De Verbinding	Middelburg Noord-Oost	Hoge Vucht, Breda	Helden-Panningen
Gecoördineerd wijkzorgteam			XX			XX				
Integrale samenwerking wijkzorg en eerstelijnszorg			XX			X+XX				XX
Ouderenadvisering (professioneel)*	XX		XX		X	XX	XX			XX
Lokaal informatiepunt**		XX	X	XX	XX	XX	XX	XX	X	XX
Thuiszorg op afroep***	XX	XX	X		XX	XX	XX	XX	XX	XX
Activiteitsaanbod****	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Diensten aan huis	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Vervoersdiensten*****	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Advisering aanpassen woning			XX	X		XX	XX			X
Vrijwilligerscentrale*** **	XX	XX	XX	XX	XX	XX		XX	XX	XX
Ondersteuning mantelzorg*****	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX

* *Onafhankelijk adviseur wonen, welzijn en zorg.*

** *Informatiepunt in de buurt. In proeftuinen Didam en Dronten zijn meerdere informatiepunten in de buurt.*

*** *Noodoproep en niet planbare zorg 24 uur per dag beschikbaar. In Zeevang vaak langer dan 20 minuten.*

**** *In proeftuinen Hoogeveen en Middelburg zijn geen dagactiviteiten gefinancierd vanuit AWBZ aanwezig voor ouderen (in Hoogeveen wel voor mensen met een beperking).*

***** *Vrijwel altijd aangeboden op gemeentelijk of regionaal niveau.*

Zowel van de hardware als de software zijn veel bestanddelen in de tien proeftuinen aanwezig. Bij de hardware lijkt het relatief vaak in beeld zijn van de geschiktheid van huurwoningen samen te hangen met aandeel huurwoningen en de betrokkenheid van woningcorporaties in de proeftuin, hoewel dit onderdeel ook bij een klein aandeel huurwoningen (Zeevang) in orde kan zijn. Het in kaart brengen van de geschiktheid van koopwoningen is bij een groot aantal proeftuinen niet

ontwikkeld. Als de gemeente zich hiervoor niet als probleemeigenaar opstelt gebeurt er – ook in verband met de kosten voor eigenaren zelf – kennelijk weinig. Dit hangt samen met de advisering over de mogelijkheden voor aanpassingen aan eigenaar-bewoners. Ook is er niet altijd een gezondheidsvoorziening. Vaak is wel een huisarts aanwezig in de wijk, maar niet geclusterd met een apotheek, fysiotherapeut en andere zorgfuncties.

Bij de software zijn ongeveer de helft van de bestanddelen in vrijwel alle proeftuinen aanwezig. In slechts drie proeftuinen zien we een gecoördineerd wijkzorgteam en integrale samenwerking wijkzorg en eerstelijnszorg, en in slechts de helft de professionele onafhankelijke ouderenadviesing over wonen, welzijn en zorg. Verder zien we dat advisering over het aanpassen van eigen woningen slechts in de helft van de proeftuinen bestaat, en ook nog vaak in ontwikkeling is. Deze ‘software’ wordt – enigszins tegen de verwachting in – ook geleverd in een aantal proeftuinen waar de geschiktheid van koopwoningen nog niet in beeld is. We zullen op basis van enkele van deze gevonden verschillen tussen hardware en software onderzoeken of er ook verschillen zijn in relevante uitkomsten van het kwantitatieve en het kwalitatieve onderzoek in de betreffende proeftuinen.

Naar aanleiding van deze momentopname blijkt dat er veel initiatieven op het gebied van wonen, welzijn en zorg in de proeftuinen zijn. Het is van belang om dit ook te behouden en waar mogelijk verder te ontwikkelen. In het algemeen is het eenvoudiger om de hardware te behouden, omdat een gebouw er nu eenmaal staat. Het in stand houden van het woonservicegebied is echter een samenspel van organisatie, hard- en software. Het is van belang dat netwerken blijven bestaan om zo ook de invulling van de software te waarborgen. In de meeste proeftuinen zijn netwerken en activiteiten verankerd in een convenant – al dan niet als onderdeel van gemeentelijk beleid. Projecten worden geëvalueerd, waar nodig bijgestuurd en nieuwe initiatieven ontstaan doordat partijen elkaar (sneller) weten te vinden. Die dynamiek zien we in veel proeftuinen, ongeacht of de gemeente wel of niet (zoals in Didam en Dronten) de regierol heeft.

Echter zijn er ook bedreigingen voor de proeftuinen, zoals een tekort aan financiering, werken met een netwerk versus concurrentie, lokale versus regionale schaal, andere focus van het gemeentelijk beleid, etc. Twee proeftuinen (Leeuwarden en Zeevang) zijn op dit moment strikt genomen zelfs geen woonservicegebied meer te noemen, omdat het wijkgericht werken (en denken) is gestopt.

Het wijkgerichte aanbod van wonen, welzijn en zorg is constant in ontwikkeling. Een woonservicegebied is nooit af en het is belangrijk dat het aanbod goed wordt afgestemd op de vraag van bewoners.

4.2 Gebruik voorzieningen en diensten in de buurt

Naast de arrangementen is in de enquête ook gevraagd naar de bekendheid en het gebruik van specifieke diensten en voorzieningen. Dit onderdeel van de vragenlijst is in overleg met de partijen uit de proeftuin samengesteld en gaat van informatiepunten, winkels en bewegen voor senioren tot voorzieningen en diensten als kapper, wijkrestaurant en fysiotherapie.

Door de veelzijdigheid en het lokale aspect van de voorzieningen en diensten zijn deze niet direct met elkaar te vergelijken. Toch kunnen we enkele categorieën formuleren qua soort voorziening/dienst en soort aanbodlocatie. Voorzieningen en diensten zoals winkels voor dagelijkse boodschappen, cursussen (van kunst tot sport) en (eenmalige) buurtactiviteiten zijn

bekend en vrij goed gebruikt onder de ouderen in de proeftuinen. Dagactiviteiten (vaak AWBZ geïndiceerd) en maaltijdvoorzieningen zijn relatief het minst bekend. Er is uiteraard geen norm voor de mate waarin voorzieningen en diensten door ouderen worden gebruikt. Het is niet wenselijk dat alle ouderen in een woonservicegebied gebruik maken van bijvoorbeeld een maaltijdservice. Daarnaast kan een voorziening of dienst ook voor een bredere doelgroep bedoeld zijn.

De bekendheid en het gebruik van de verschillende lokale voorzieningen en diensten zijn uitgebreid terug te vinden bijlage 1. De ene proeftuin doet het wellicht beter dan de andere, maar dat kan ook aan andere factoren liggen, zoals de bereikbaarheid en de gewoonte om er wel of niet heen te gaan. De proeftuinen kunnen over en weer zeker nog van elkaar leren, bijvoorbeeld over het programma van activiteiten, het aanbod in multifunctionele centra en manieren om er voor te zorgen dat het volledige aanbod goed bekend is.

Wat opvalt is dat de aanbodlocatie een rol speelt of ouderen gebruik maken van een voorziening of dienst. Ten eerste natuurlijk door de bereikbaarheid, maar misschien belangrijker door de uitstraling. Zo zeggen zelfstandig wonende ouderen in de interviews enkele keren dat zij zich niet aangetrokken voelen door een wijkrestaurant of activiteiten die gevestigd zijn in een verzorgingshuis. Hier hang naar hun beleving te veel een zorgklimaat in plaats van een ontspannen, recreatieve sfeer.

Het schaalniveau speelt ook mee. Nieuwe, grote accommodaties zijn niet zo vertrouwd als het (oude) buurthuis. Ook blijkt dat voorzieningen in een wijk even verderop vaak niet bekend zijn en al helemaal niet gebruikt worden. Dit gaat op gespannen voet met de teneur dat gemeenten in hun accommodatiebeleid juist kiezen voor voorzieningen en diensten op een groter schaalniveau.

5. Zelfstandig wonen

Bij het bespreken van de onderzoeksresultaten hanteren we een systematiek die ook terugkomt in de hoofdstukken 6 en 7 over respectievelijk welzijn en zorg. In dit hoofdstuk staat zelfstandig wonen centraal. Allereerst laten we ouderen aan het woord, door over de belangrijkste bevindingen uit het vraagpatronenonderzoek te rapporteren. Uit het brede scala aan narratieven over zelfstandig wonen komt een aantal overstijgende thema's bovendrijven. Die worden telkens eerst in algemene zin uitgewerkt en vervolgens specifiek, met voorbeelden uit de proeftuinen en de referentiegebieden Beuningen en Wolfskuil. Ter illustratie worden bij elk thema één of meerdere vraagpatronen van bewoners getoond, in termen van wat bewoners *eisen*, *willen*, *nodig hebben*, en *kunnen bijdragen*. Deze vraagpatronen zijn gereconstrueerd uit de narratieven en met ouderen en professionals besproken.

We benadrukken hier dat in het vraagpatronenonderzoek de vergelijking van de proeftuinen en tussen de proeftuinen en de referentiegebieden niet gaat over aantoonbare verschillen. Het betreft eerder accentverschillen in de beelden die per gebied naar voren komen. Beelden die naar voren komen zeggen eerder iets over het pregnanter voorkomen van het betreffende thema, dan over het *niet* voorkomen van dat thema bij de andere proeftuinen. Ook ten aanzien van de referentiegebieden gaat het niet om het opsporen van beelden die duiden op het ontbreken van de configuratie van een woonservicegebied. Toch hebben we er voor gekozen om ook bij een aantal uitspraken te vermelden in welke proeftuin deze gedaan zijn, zodat de lezer enig gevoel bij die lokale context krijgt. Maar een constatering als 'in Breda horen we dit en in Leeuwarden dat' mag dus niet geïnterpreteerd worden als ware het de uitkomst van kwantitatief onderzoek. In het afsluitende hoofdstuk 9 zullen we de rol van de referentiegebieden nader duiden, mede in het licht van de belangrijkste bevindingen

Vervolgens bekijken we in hoeverre de bevindingen ondersteund worden door de kwantitatieve resultaten en arrangementen. Een belangrijk deel van de kwantitatieve analyses is gericht op toetsing van de hypothesen die in paragraaf 2.4 zijn afgeleid uit de door professionals verwachte effecten van woonservicegebieden. In het algemeen bestaan de analyses hier uit twee onderdelen: als eerste wordt gekeken of er verschillen zijn tussen de woonservicegebieden en hun vergelijkingsgebieden, respectievelijk de controlegebieden. Bij het tweede onderdeel kijken we of er verschillen zijn tussen de proeftuinen onderling, en zien we of deze verschillen te herleiden zijn tot bijzondere kenmerken van de configuratie van de proeftuin. In dit rapport leggen we de nadruk op de meest in het oog springende overeenkomsten en verschillen tussen de proeftuinen, en de verschillen met vergelijkingsgebieden. Een gedetailleerde verantwoording van de kwantitatieve analyses is opgenomen in bijlage 5. Elk hoofdstuk wordt afgesloten met een deelconclusie.

Uit de narratieven die betrekking hebben op zelfstandig wonen komen de volgende overstijgende thema's naar voren.

5.1 Optimisme en realisme

“Nou kijk, als je een eengezinswoning hebt, dan kom je binnen en dan heb je de voordeur en de gang en ik had de keuken aan de voorkant, met raam. Nou, dat heb ik hier niet. Je komt binnen en je ziet verder niets meer. Je bent opgesloten. Zo zie ik het. [Oké, dus het is meer het type woning?] Ja, het type woning. Niet de kwaliteit, want die is hartstikke goed. Als je buiten zit, dan hoor je wel de drukke straat. Maar als ik 's avonds binnen zit en alles is dicht, dan hoor ik niets.” Oudere bewoner Rond de Regenboog, Dronten

“[Want als u kijkt naar het verschil van toen u in Grashoek woonde met douchen, hoe ging dat in vergelijking met nou?] Helemaal niks. Toen had ik een klein krukje, was levensgevaarlijk. En dan zo'n hoge douchebak zo. [Hm. Dus is het zoals u nou kijkt het een stuk veiliger geworden?] Ja. Ja het is gelijkvloers nou.” Oudere bewoner Helden-Panningen

“Ik zou er geen vrede mee hebben als ik in een verzorgingshuis kwam te liggen en dat ik niks meer...daar heb ik geen vrede mee, dan zou ik liever wat eerder doodgaan.” Oudere bewoner Helden-Panningen

“We hebben hulp in de tuin. Dus ieder jaar, iedere dag dat we hier zitten is nu meegenomen. Ja snap je? En we zeggen; als er morgen iets gebeurt dat het niet meer gaat, dan verdwijnen we overmorgen en dan gaan we iets huren of kopen.” Oudere bewoner Zeevang

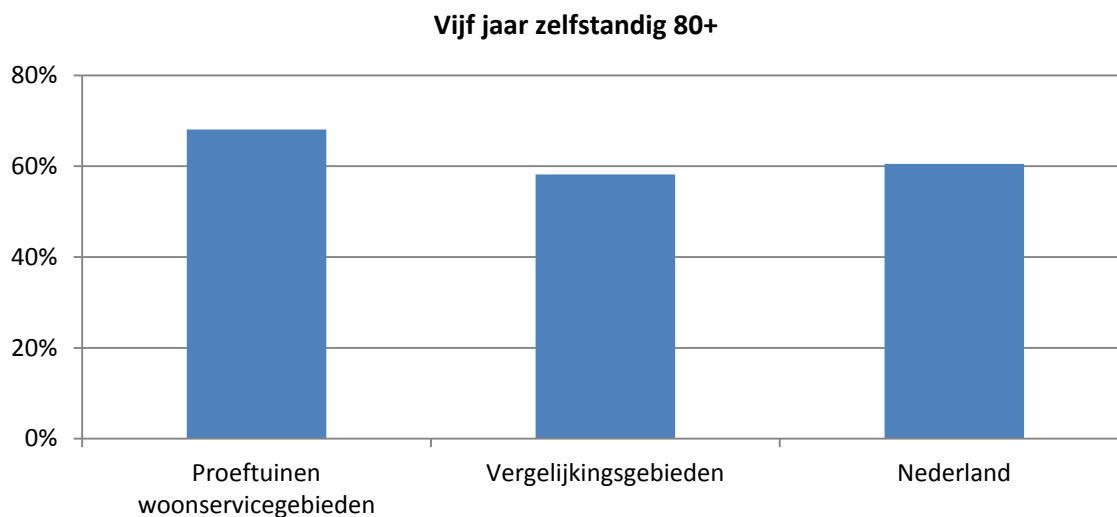
Respondenten uiten zich enerzijds optimistisch over hun eigen bestaan en de toekomst. Men vindt het belangrijk te genieten van wat men nog kan zolang men dat nog kan. Veel ouderen geven enerzijds aan dat ze zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen. Anderzijds realiseert men zich terdege dat de toekomst vroeger of later grotere afhankelijkheid en grotere beperkingen zal brengen.

Tevredenheid woonsituatie

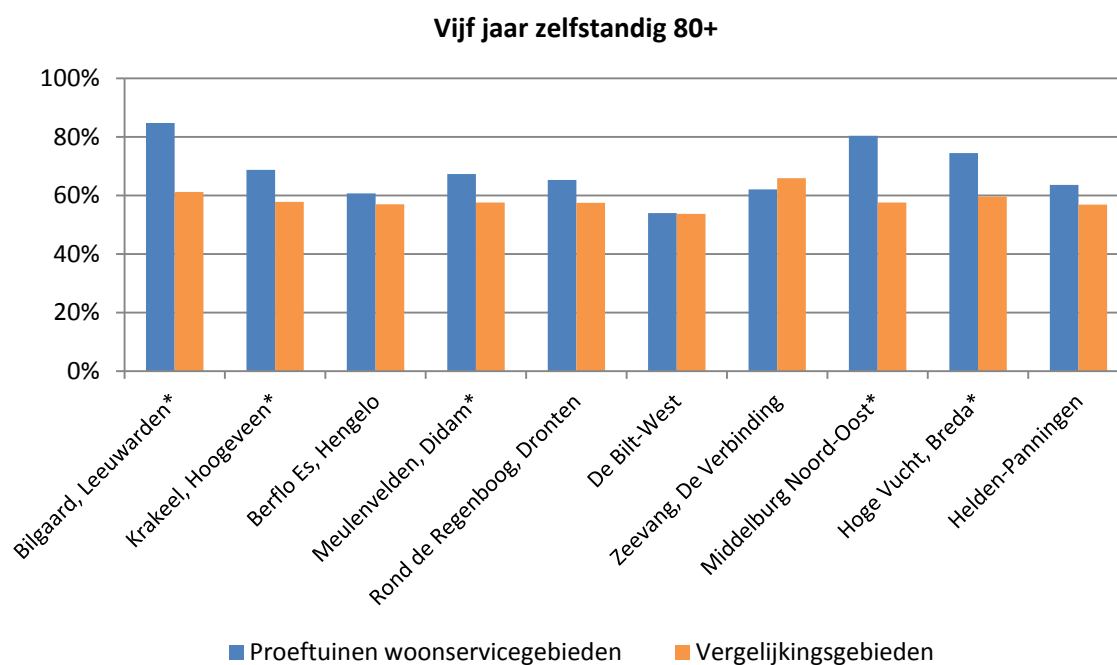
Een belangrijke hypothese bij het onderzoek is dat ouderen in woonservicegebieden langer zelfstandig (kunnen) blijven wonen dan elders. De enquête kan hier geen rechtstreeks uitsluitsel over geven, omdat er slechts één meting is gedaan. Maar dit kan wel op basis van bestaand statistisch materiaal voor de woonservicegebieden en hun vergelijkingsgebieden. ABF Research heeft met beschikbare gegevens berekend hoeveel 80-plussers zelfstandig wonen (peiljaar 2008) als percentage van het aantal zelfstandig wonende 75-plussers vijf jaar eerder. Het verschil ontstaat deels door overlijden (hiervoor zijn helaas in het bestek van dit onderzoek geen cijfers op postcodeniveau beschikbaar, de veronderstelling is dat het sterftecijfer onder 75-plussers per gebied niet sterk zal verschillen). Een belangrijk deel van het verschil is te verklaren door verhuizingen naar een intramurale instelling. Hoewel er kanttekeningen bij deze variabele te plaatsen zijn⁴, beschouwen we een hoog percentage op deze variabele als een indicatie dat ouderen langer zelfstandig blijven wonen.

Gemeten aan deze maat blijken ouderen in woonservicegebieden langer zelfstandig te wonen dan in de vergelijkingsgebieden (zie figuur 5-1). Het verschil is het sterkst zichtbaar in de meer stedelijke proeftuinen Leeuwarden, Breda en Middelburg (zie figuur 5-2).

⁴ Zie hiervoor bijlage 5.



Figuur 5-1: Het aandeel 80-plussers dat zelfstandig woont (peiljaar 2008) als percentage van het aantal zelfstandig wonende 75-plussers vijf jaar eerder (ABF Research, Primos, 2008).



Figuur 5-2: Het aandeel 80-plussers dat zelfstandig woont (peiljaar 2008) als percentage van het aantal zelfstandig wonende 75-plussers vijf jaar eerder (ABF Research, Primos, 2008).

Dat ouderen langer zelfstandig wonen in de proeftuinen kan enerzijds betekenen dat de woonservicegebieden bereiken wat ze beogen, maar anderzijds kan het ook betekenen dat woonservicegebieden zijn opgezet in wijken of dorpen waar de voorwaarden voor langer zelfstandig wonen al aanwezig waren. Gezien de peildatum 2008 speelt dit zeker ook een rol: het is zeker niet zo dat alle proeftuinen toen al ‘in full swing’ waren.

Een tweede manier om iets te zeggen over langer zelfstandig wonen is te onderzoeken of het aandeel ouderen dat extramurale AWBZ-zorg krijgt in de woonservicegebieden hoger is dan

daarbuiten. We concluderen aan de hand van de beschikbare gegevens dat dit het geval is, omdat het totale aandeel AWBZ-gebruikers in de leeftijdsgroepen 75+ en 85+ in de woonservicegebieden niet afwijkt van de vergelijkingsgebieden (respectievelijk 15% en 62%), terwijl het aantal bedden in zorgwoningen, verzorgings- of verpleeghuizen in woonservicegebieden wat lager ligt.⁵ Voor Nederland als geheel was de ratio van het aantal AWBZ-gebruikers 85+ ten opzichte van het aantal bedden in 2008 23,4%.

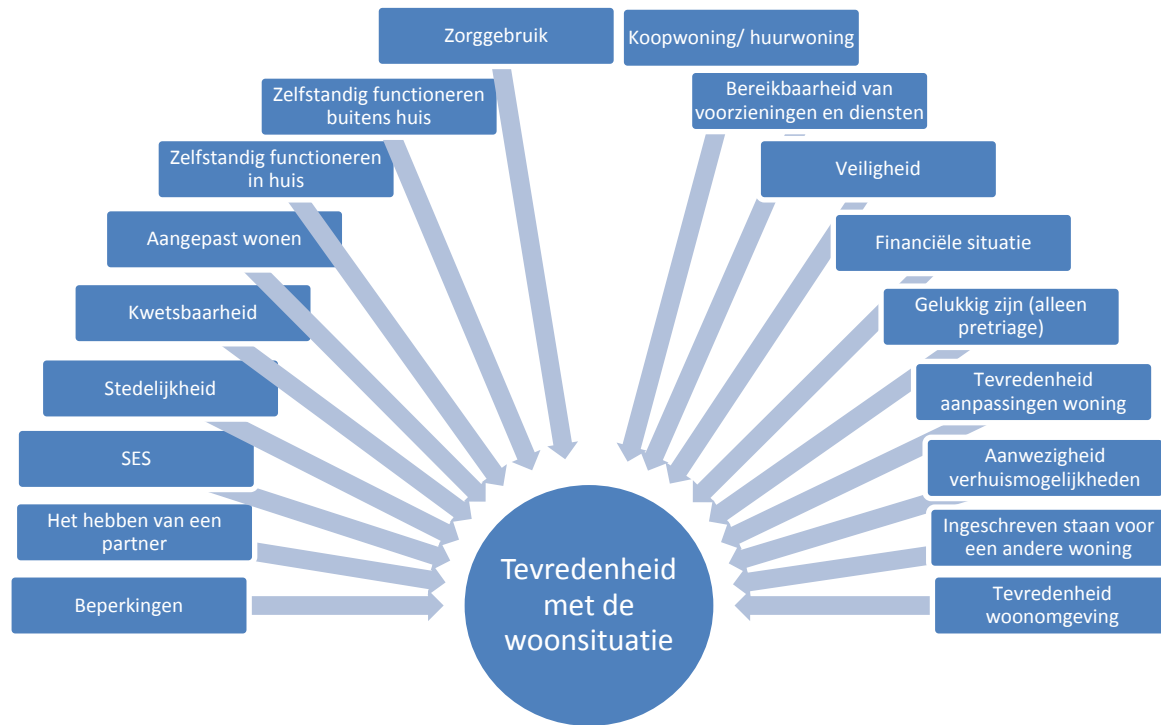
Woonservicegebied	AWBZ 85+/bedden	AWBZ 85+/bedden vergelijkingsgebieden
Berflo Es, Hengelo	0,42	0,24
Bilgaard, Leeuwarden	n.v.t.	0,21
De Bilt-West	0,43	0,15
Rond de Regenboog, Dronten	0,52	0,25
Helden-Panningen	0,21	0,20
Hoge Vucht, Breda	0,19	0,18
Krakeel, Hogeveen	n.v.t.	0,37
Meulenvelden, Didam	0,52	0,42
Middelburg Noord-Oost	0,24	0,21
Zeevang, De Verbinding	0,23	0,38
Nederland	0,23	0,23

Figuur 5-3: AWBZ-gebruikers van 85 jaar en ouder ten opzichte van het aantal bedden in zorgwoningen, verzorgings- en verpleeghuizen (ABF Research, 2008).

Uit figuur 5-3 blijkt dat – gemeten aan dit verhoudingsgetal – alle proeftuinen behalve Helden-Panningen en Breda hoger scoren dan het Nederlands gemiddelde. En alle proeftuinen – behalve Zeevang – scoren gelijk of hoger dan hun vergelijkingsgebieden. Gezien de peildatum van deze gegevens zijn de gevonden verschillen in belangrijke mate het gevolg van de in het verleden tot stand gekomen ruimtelijke spreiding van bedden in zorglocaties, en slechts ten dele toe te schrijven aan beleid dat in de woonservicegebieden is gevoerd. Het zou – zoals gezegd – ook goed kunnen dat woonservicegebieden bewust zijn ingericht in gebieden waar naar verhouding weinig bedden in zorglocaties zijn. Er zijn legio gebieden die voldoende kansen en ruimte bieden om succesvol woonservicegebieden te realiseren (Singelenberg et al, 2012). Maar het betekent hoe dan ook dat er in woonservicegebieden een verhoudingsgewijs grote opgave ligt om ook voor ouderen op hoge leeftijd zelfstandig wonen mogelijk te maken en te ondersteunen.

Gezien het relatief beperkte – en afnemende – aantal plaatsen voor intramuraal wonen is het voor de meeste ouderen een – ook door hen zelf gewenste – realiteit dat zij zelfstandig wonen. Daarom is het, naast de vraag of zij dat langer vol kunnen houden, vooral van belang of hun kwaliteit van leven op peil blijft, ook als het aantal beperkingen en daarmee hun kwetsbaarheid toeneemt. Dat is getoetst aan de hand van een aantal variabelen uit de enquête – zoals de tevredenheid met de thuissituatie en de gevoelde noodzaak om te verhuizen. Te beredeneren is dat een groot aantal variabelen een verschil in dit type uitkomstmaten zou kunnen verklaren. Deze zijn weergegeven in figuur 5-4.

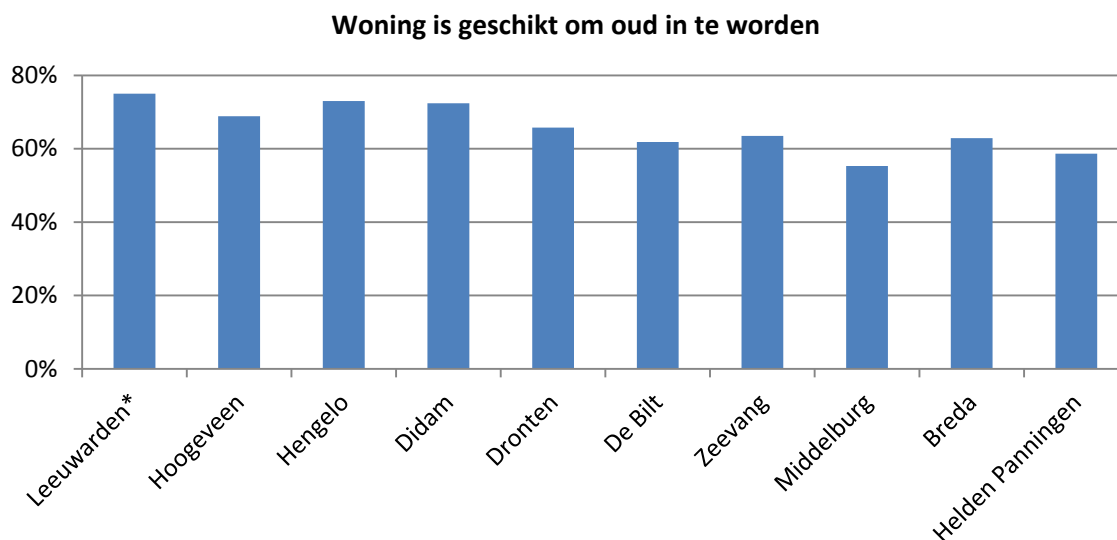
⁵ Aantal bedden in zorglocaties in woonservicegebieden 153,11 en in vergelijkingsgebieden 239,67 per 10.000 inwoners Het verschil ligt op het niveau van een trend



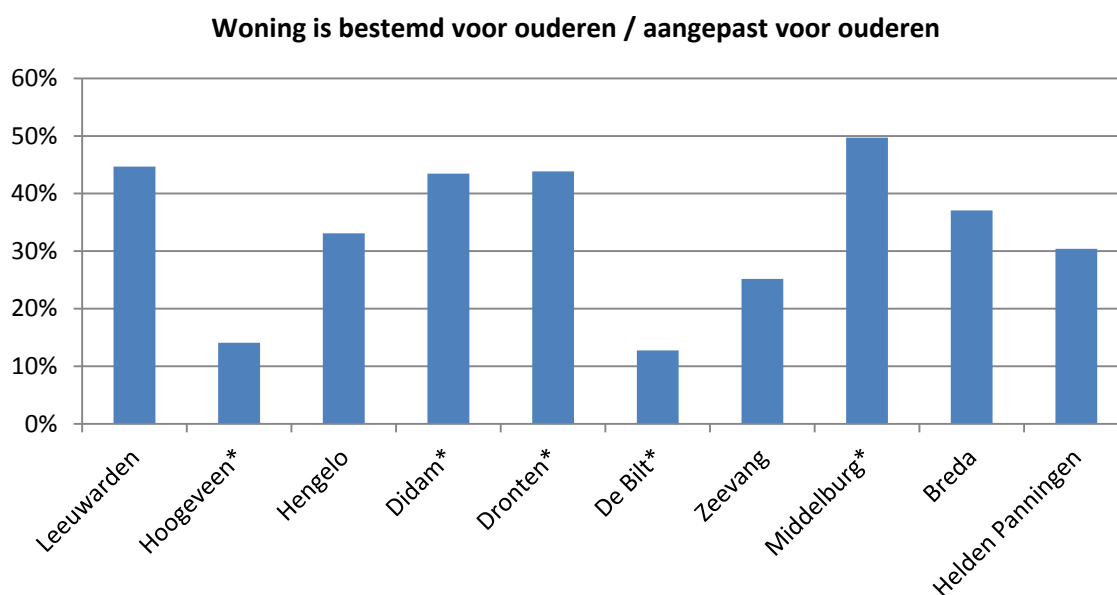
Figuur 5-4: Kwantitatief analysemodel voor de tevredenheid met de woonsituatie.⁶

Een aantal van deze factoren blijkt ook in het dagelijks leven van de ouderen van belang te zijn in verband met zelfstandig wonen. Voor de meeste geïnterviewde ouderen spreekt het voor zich dat om thuis blijven wonen mogelijk te maken, er aanpassingen aan de woning gedaan moeten worden. Vanuit een positieve kijk is men niet al te zeer bezig met het nemen van concrete maatregelen (zoals trapliften of domotica), maar probeert men globaal gesproken wel te anticiperen op wat komen gaat, bijvoorbeeld door zich ruim op tijd voor een zorgwoning in te schrijven of alvast zelf te verhuizen naar een ouderdombestendige woning. Er lijkt een verschil te zijn tussen wat je kunt doen omdat het een kleine moeite is en het anticiperen op daadwerkelijk en concreet verlies van zelfstandigheid. In die zin blijft het in de meeste narratieven bij ideeën voor toekomstige aanpassingen. Dit beeld wordt ondersteund door de enquêteresultaten. Uit de figuren 5-5 en 5-6 blijkt dat het aantal ouderen dat in woningen woont die geschikt zijn om oud in te worden, dan wel meer specifiek in aangepaste woningen woont, sterk verschilt per woonservicegebied.

⁶ Zie bijlage 5 voor de operationalisering van dit model.



Figuur 5-5: Ouderen die in de enquête aangeven dat hun woning geschikt is om oud in te worden (2011).



Figuur 5-6: Ouderen die in de enquête aangeven dat hun woning bestemd is voor ouderen/aangepast is voor ouderen (2011).

Zonder uitzondering is het zo dat de kans dat huurders een aangepaste woning bewonen groter is dan dat kopers een aangepaste woning hebben; in Dronten is die kans 2 keer zo hoog, maar in De Bilt 35 keer zo hoog.

Nu bekijken we enkele opvallende uitkomsten van statistische analyses waarin we geprobeerd hebben de tevredenheid met de thuissituatie te verklaren uit de gecombineerde invloed van de variabelen uit het model van figuur 5-4.

Als eerste kijken we of de tevredenheid met de woonsituatie anders is in de woonservicegebieden dan in de controlegebieden, aan de hand van de (gecombineerde) antwoorden op de enquêtevragen ‘is uw thuissituatie naar tevredenheid’ en ‘verwacht u dat er de komende zes maanden iets aan uw woonsituatie veranderd moet worden’. Variaties in die tevredenheid worden verklaard door de mate van kwetsbaarheid en door de mogelijkheid binnenshuis en buitenshuis zelfstandig te kunnen functioneren. Het effect van zelfstandig binnen kunnen functioneren verschilt van gebied tot gebied, maar dat hangt er niet mee samen of het gebied een woonservicegebied is of niet. Wel blijkt dat waar de tevredenheid hoog is, deze ook sneller terugloopt wanneer ouderen minder goed kunnen functioneren.

Als tweede hebben we de woonservicegebieden onderling vergeleken. We geven in figuur 5-7 welke variabelen wel, en welke niet significant bijdragen aan de verklaring van verschillen in tevredenheid over de woonsituatie, zoals hierboven in het analysemodel werd gedefinieerd.

Verschillen tussen de woonservicegebieden in tevredenheid over de woonsituatie	
Draagt bij aan verklaring	Draagt niet bij aan verklaring
Tevredenheid over aanpassingen in de woning (+) Beperkingen (-) Binnenshuis zelfstandig kunnen functioneren (+) Overwegen om te verhuizen (-) Onveilig voelen (-)	Mate van aanpassingen aan de woning Aanwezigheid van verhuismogelijkheden Ingeschreven staan voor een andere woning Kwetsbaarheid Verkeersveiligheid Bereikbaarheid van voorzieningen en diensten Zelfstandig buiten kunnen functioneren

Figuur 5-7: Bijdrage variabelen aan de tevredenheid over de woonsituatie.

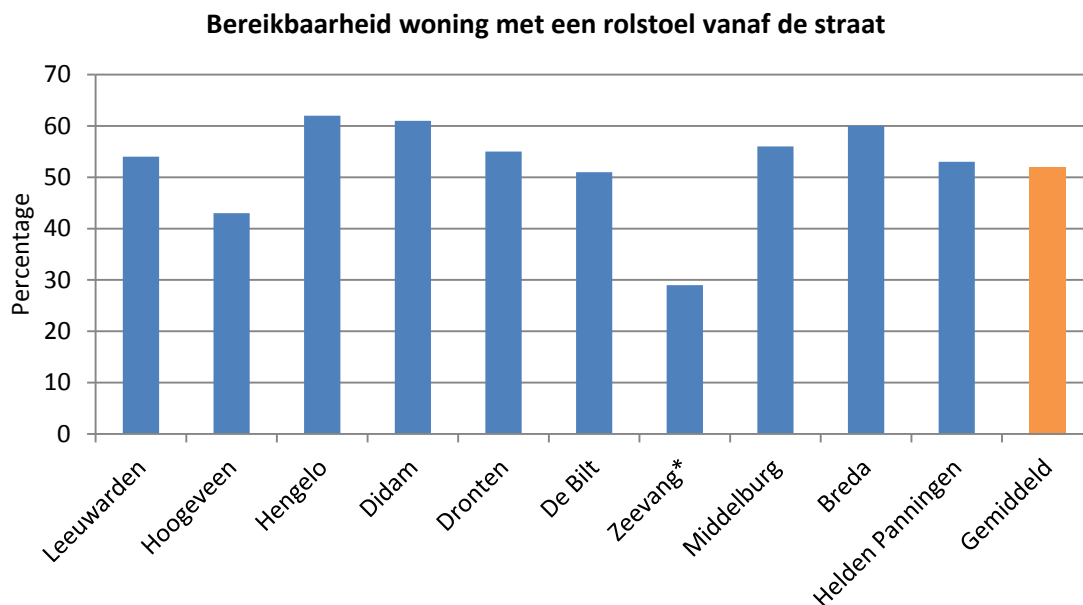
Op het eerste gezicht lijkt het vreemd dat het bewonen van een aangepaste woning niet bijdraagt aan het voorspellen van de tevredenheid over de woonsituatie. Maar bij nader inzien is het verklaarbaar dat aanpassingen aan de woning niet relevant zijn voor tevredenheid over de thuissituatie. Ofwel een woning is aangepast – en dan zijn mensen tevreden – of de woning is niet aangepast en dan zijn mensen ook tevreden omdat aanpassing in dat geval waarschijnlijk niet nodig is. Anders gezegd: de aanpassing van woningen brengt mensen die dat nodig hebben weer in een situatie waar zij (om andere redenen) even tevreden of ontevreden zullen zijn over de thuissituatie als mensen die niet in een aangepaste woning wonen. Overigens is dit ook precies de bedoeling van woningaanpassingen.

Het blijkt echter wel dat variaties in de *tevredenheid* over de aanpassingen in de woning variaties in de tevredenheid met de woonsituatie verklaren. De tevredenheid over de woonsituatie lager is als men ontevreden is over de woningaanpassingen. Dat betekent dat aanpassingen maatwerk moeten zijn, en dat ook de manier waarop aanpassingen toegekend en uitgevoerd worden aandacht verdiend. Er kunnen daarom vraagtekens gezet worden bij een ‘one size fits all’ aanpak. Over tevredenheid met het wonen in al aangepaste woningen wordt het meeste gesproken in Breda, De Bilt, Dronten en Helden-Panningen. De uitspraken hebben betrekking op bijvoorbeeld trapliften, het weghalen van drempels en aanpassingen in badkamer en toilet. In Breda, Didam en Wolfskuil ligt de nadruk op kleine aanpassingen in badkamer en toilet.

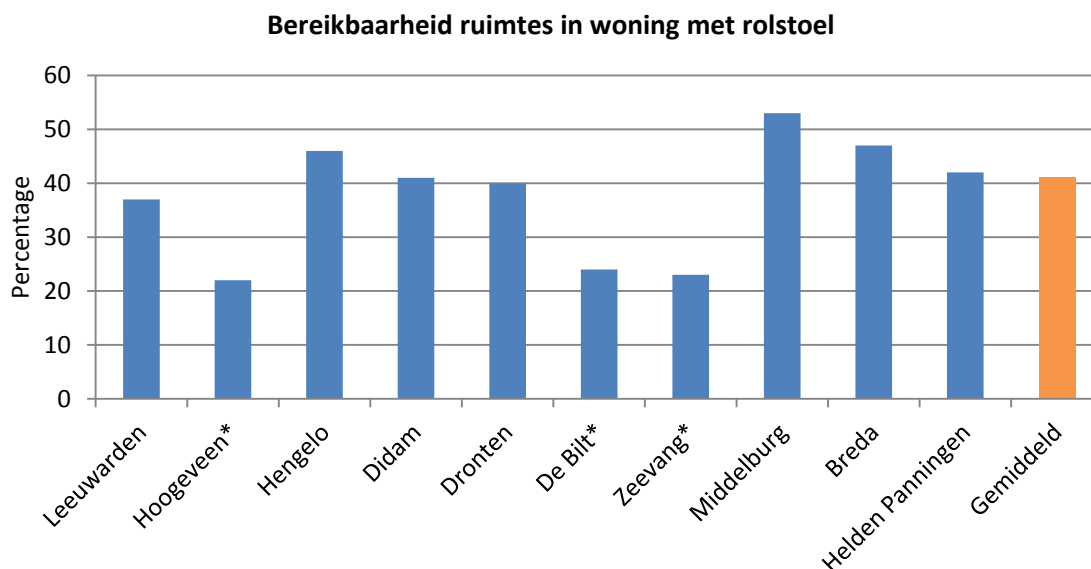
Het uiteindelijk model laat ook zien dat de woonservicegebieden verschillen in het effect dat zelfstandig kunnen functioneren in huis heeft op de tevredenheid over de thuissituatie. In Didam en Zeevang neemt de ontevredenheid sneller toe naarmate mensen meer problemen hebben met zelfstandig functioneren in huis en in Dronten en Hengelo juist minder snel. De variabelen uit de

enquête bieden geen significante verklaring voor dit verschil. Mogelijk is het om verschillende redenen moeilijker om iedereen met zorg en ondersteuning te bedienen: in Didam door de (aanvankelijke) concentratie van efforts op Meulenvelden, in Zeevang door de ruimtelijke structuur (uitgestrekt platteland). In de twee proeftuinen waar dit effect veel beperkter is (Hengelo en Dronten) is sprake van een infrastructuur die alle ouderen in het gebied bereikt. Ook zou er sprake kunnen zijn van verschillen in de verwachtingen van ouderen over de mogelijkheden om te verhuizen of woningen aan te passen.

Ouderen die nog in oorspronkelijke woningen wonen kunnen zich meestal nog goed redden met behulp van thuiszorg, familie en eigen inventiviteit. Het is vooral lastig dat de woning te groot is en dat een deel van de ruimtes niet gelijkvloers is. Ook op deze punten zijn de verschillen tussen de woonservicegebieden groot, zo blijkt uit de figuren 5-8 en 5-9, waarin de bereikbaarheid van de woning vanaf de straat, en de bereikbaarheid van de belangrijkste ruimtes in de woning worden weergegeven.



Figuur 5-8: Ouderen die in de enquête aangeven dat hun woning vanaf de straat bereikbaar is met een rolstoel (2011).



Figuur 5-9: Ouderen die in de enquête aangeven dat in hun woning de belangrijkste ruimtes bereikbaar zijn met een rolstoel (2011).

Verhuishwens

De woonservicegebieden verschillen onderling ook in hoe de mate van tevredenheid over de woonomgeving van invloed is op de tevredenheid over de thuissituatie. Didam wijkt hier af van de overige proeftuinen in de zin dat naarmate de tevredenheid over de woonomgeving afneemt ook de tevredenheid over de thuissituatie sterker afneemt dan elders. Het is aannemelijk dat dit te maken heeft met het perspectief van ouderen die buiten de nieuw gebouwde wooncomplexen van Meulenvelden wonen: zij hebben de nieuwbouw zien komen – en ook de overlast van bouwactiviteiten in de omgeving ervaren, zien het alternatief en zijn sneller ontevreden met hun huidige woonsituatie als zich beperkingen aandienen, en zij die woonsituatie moeilijk kunnen aanpassen. Een aanwijzing in die richting vinden we in het gegeven dat de (ongeveer 10%) respondenten binnen de nieuwe complexen significant meer tevreden zijn over de woonsituatie dan de ouderen die buiten Meulenvelden wonen.

In de narratieven vinden we de belangrijkste reden om nog niet te verhuizen: een gebrek aan urgentie. In De Bilt vindt men daarnaast dat de (vertrouwde) voorzieningen dan te ver weg komen te liggen, en is men niet tevreden over de alternatieven die voorhanden zijn. In De Bilt en Middelburg leeft het idee dat aanpassingen te duur zijn en daarom misschien niet gedaan kunnen worden. In de referentiegebieden Beuningen en Wolfskuil wordt het iets anders geformuleerd, maar wordt hetzelfde bedoeld; als er meer geld beschikbaar zou zijn, dan zouden mensen sneller aanpassingen laten doen. In Wolfskuil geven enkele ouderen aan dat ze voor hun gevoel soms te lang op een aanpassing of reparatie moeten wachten. De referentiegebieden laten verder geen afwijkend beeld zien ten opzichte van de woonservicegebieden.

De wens om te verhuizen kunnen we interpreteren als een uitdrukking van de mate waarin ouderen ervaren dat zelfstandig wonen nog mogelijk is. De uitkomsten laten zien dat de mate van fitheid (des te fitter des te minder mensen willen verhuizen), de mate van gelukkig zijn (des te gelukkiger, des te minder verhuisneigingen) en het hebben van een partner (mensen met een partner willen eerder verhuizen) variaties in de woonvormen waar men naar toe wil verhuizen verklaren. Daarnaast laten de resultaten zien dat de sterkte van het effect van gelukkig zijn op het willen verhuizen verschilt per woonservicegebied. In Zeevang en Hoogeveen is dit effect sterker

en in Leeuwarden en Helden-Panningen minder sterk dan gemiddeld in de proeftuinen. Een verklaring voor de mate van gelukkig zijn zou kunnen zijn dat het arrangement in Zeevang en Hoogeveen in beperktere mate ondersteuning biedt bij psychosociale problemen dan in Leeuwarden en Helden-Panningen. Verschillen die daarop zouden kunnen wijzen zijn de afwezigheid van huisartsen in het woonservicegebied, geen functionerend wijkzorgteam en een relatief beperkt activiteiten aanbod.

In Dronten, waar al wel relatief vaak wordt verhuisd, (rond een kwart van de totale groep respondenten van de enquête is na 2005 verhuisd) vertellen de ouderen dat men niet altijd tevreden is over kenmerken van de nieuwe woning, bijvoorbeeld het uitzicht of het type verwarming. Het went wel, maar men wordt toch liever al voor de verhuizing van dit soort dingen op de hoogte gebracht. Ouderen in Zeevang vinden dat er überhaupt te weinig seniorenwoningen in hun woonservicegebied aanwezig zijn. In Dronten en Middelburg (ook Middelburg heeft veel recent verhuisden) vinden sommigen de nieuwe woning toch iets te klein. Zo is er minder plek om mensen te laten logeren en om spullen op te bergen.

In een aantal proeftuinen (Didam, Dronten en Hengelo) wordt gewag gemaakt van de rol van de tuin in het behouden van zelfstandigheid. Wie een tuin heeft, en vooral wie daar nog in kan werken, behoudt woonplezier. Wie de tuin moet opgeven verliest woonplezier, ook als er bijvoorbeeld een balkon voor in de plaats komt.

Veel ouderen geven aan dat het gemakkelijker is om zelfstandig te blijven wonen als je (nog) een partner hebt, ook in aangepaste woningen. Dat mensen met een partner eerder willen verhuizen komt mogelijk doordat het samen ook gemakkelijker is om met de stress van een verhuizing, of zelfs maar een verhuisidee, om te gaan

Met betrekking tot het beleid in woonservicegebieden kunnen we de conclusie trekken dat het van belang is om in de lokale omstandigheden goed zicht te hebben op de factoren die de mogelijke verhuishwens van ouderen beïnvloeden. Wanneer voorkomen kan worden dat een gefrustreerde verhuishwens tot verminderd welbevinden leidt, of de oorzaken weggenomen kunnen worden van een verhuizing die men eigenlijk niet wil, draagt dit bij aan het welzijn van ouderen en vermindert het de kans dat hun kwetsbaarheid toeneemt. Daarnaast is het van belang om te proberen om het aanbod van woonruimte waar mogelijk af te stemmen op de voorkeuren van ouderen, en ouderen zo goed mogelijk te informeren over eigenschappen van hun nieuwe woning.

Ter afsluiting van deze paragraaf worden enkele vraagpatronen weergegeven die betrekking hebben op het thema optimisme en realisme. De vraagpatronen worden afgebeeld als behoefte logica's van oudere bewoners in termen van wat bewoners *eisen*, *willen*, *nodig hebben*, en *kunnen bijdragen*.

Vraagpatroon Bilgaard, Leeuwarden: In balans zijn

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Zelfstandig blijven	Evenwicht tussen draagkracht en draaglast	Strategieën en hulpmiddelen; ondersteuning	Acceptatie van het ouder worden; tevredenheid

Vraagpatroon De Verbinding, Zeevang: Afhankelijkheid beperken

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Continue beschikbaarheid voorzieningen	Zelf keuzes maken	Ondersteuning kunnen aanvragen indien nodig	Ondersteuning van elkaar

Vraagpatroon Wolfskuil: Hulp krijgen, omdat ik het nodig heb, maar de hulp moeten helpen

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
De mogelijkheid om hulp te kunnen krijgen	Een hulp die van de persoonlijke situatie af weet	Overzicht hebben waar je welke zorg kunt vragen	Assertief zijn en steun/hulp vragen waar dat nodig is

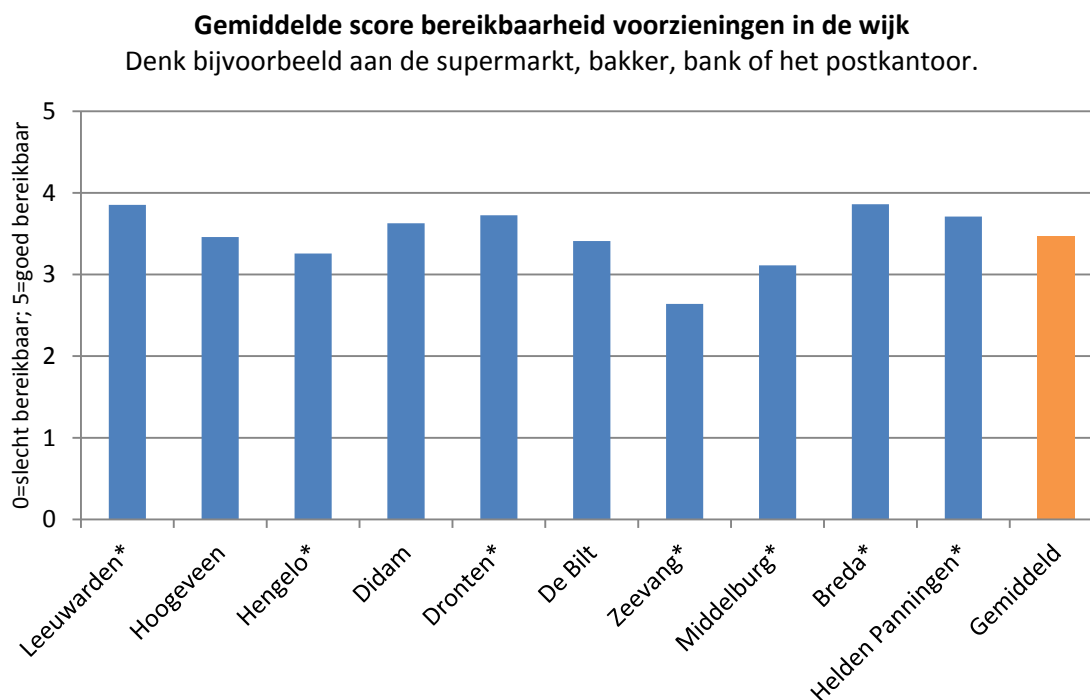
5.2 Openbare ruimte en woonomgeving

“Want dat is enkel.. ik kom niet ver. Ik ben eens op weg geweest naar het winkelcentrum, toen denk ik ja en je moet nog terug ook. Enne, ben ik maar omgedraaid, dat doe ik niet meer. Ja. Dus je wordt wel afhankelijk. En dat is moeilijk!” Oudere bewoner Hoge Vucht, Breda

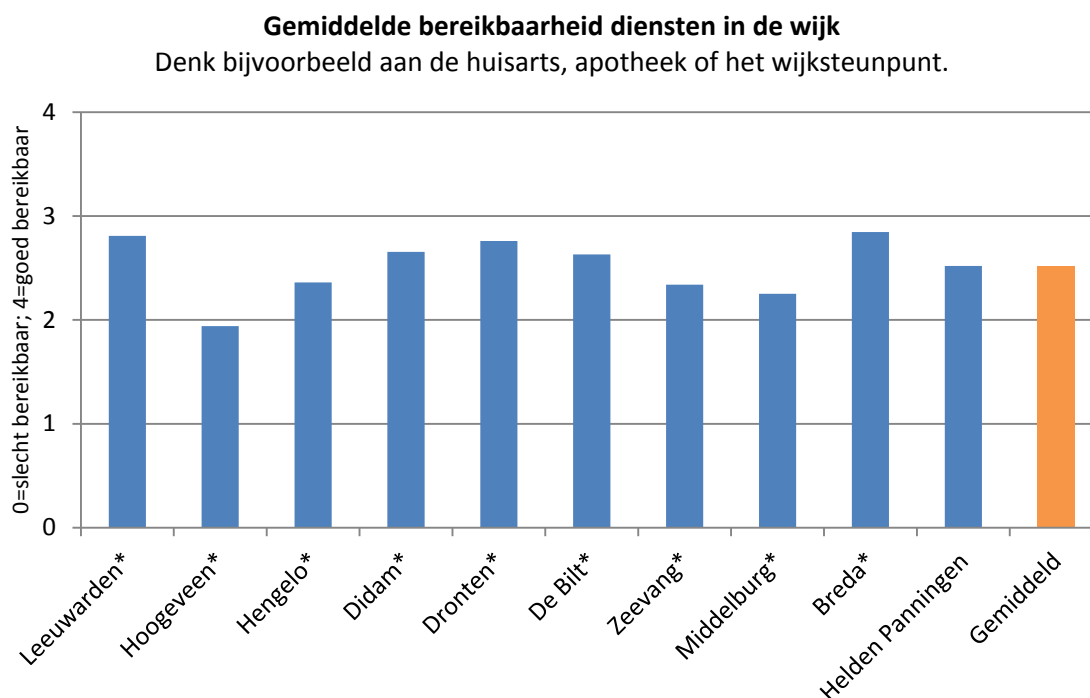
“In de regio Dronten doe ik alles met mijn scooter. Alles. Ik ga alle winkels in. Zelfs Blokker. Soms denk ik weleens: oh al dat glaswerk. Maar tot nu toe gaat het altijd goed.” Oudere bewoner Rond de Regenboog, Dronten

“Ik bedoel als je honderd mag dan rij dan geen tweehonderd. Ik bedoel wat heeft dat nou voor zin.” Oudere bewoner Zeevang

Op verschillende manieren verhouden respondenten zich ten opzichte van de openbare ruimte in hun woonomgeving. Vaak gaat het daarbij over mobiliteit: denk aan veiligheid in het verkeer, maar ook over nabijheid van voorzieningen waar men in de woonservicegebieden goed over te spreken is. Te lage stoepen bij bushaltes, gladheid op wandelroutes en losliggende stoeptegels zijn voor ouderen concrete obstakels in het vrij bewegen door de eigen omgeving. Vaak worden heel specifieke lokale problemen benoemd, zoals de gratis buurtbus die in Zeevang wat vaker zou mogen rijden, en auto's die zich beter aan de snelheidslimiet zouden moeten houden. In Hengelo, Hoogeveen, Middelburg en Zeevang refereert men aan specifieke verkeersonveilige situaties, zoals een drukke weg, verkeersdrukke in het algemeen of parkeerproblemen; Ook de nabijheid van voorzieningen is belangrijk. In het algemeen zijn ouderen in woonservicegebieden daar goed over te spreken, hoewel er nog aanzienlijke verschillen zijn tussen de proeftuinen. Een gebied als Hoge Vucht waar rond een kwart van de ouderen binnen 400 meter afstand woont van huisarts, supermarkt en ontmoetingscentrum staat tegenover bijvoorbeeld Hoogeveen waar dat voor niemand geldt, omdat er geen huisarts in de wijk aanwezig is. Dit weerspiegelt zich ook in het oordeel van de ouderen over de bereikbaarheid van diensten en voorzieningen, zie figuren 5-10 en 5-11. Ouderen ervaren de korte afstand tot voorzieningen in de proeftuinen als positief. In Breda, Didam, Dronten, Hengelo, Leeuwarden en Middelburg liggen belangrijke voorzieningen (van huisarts tot supermarkt) op een goed bereikbare plek. Voor Didam geldt zelfs dat mensen speciaal naar Meulenvelden zijn verhuisd vanwege het voorzieningenniveau.



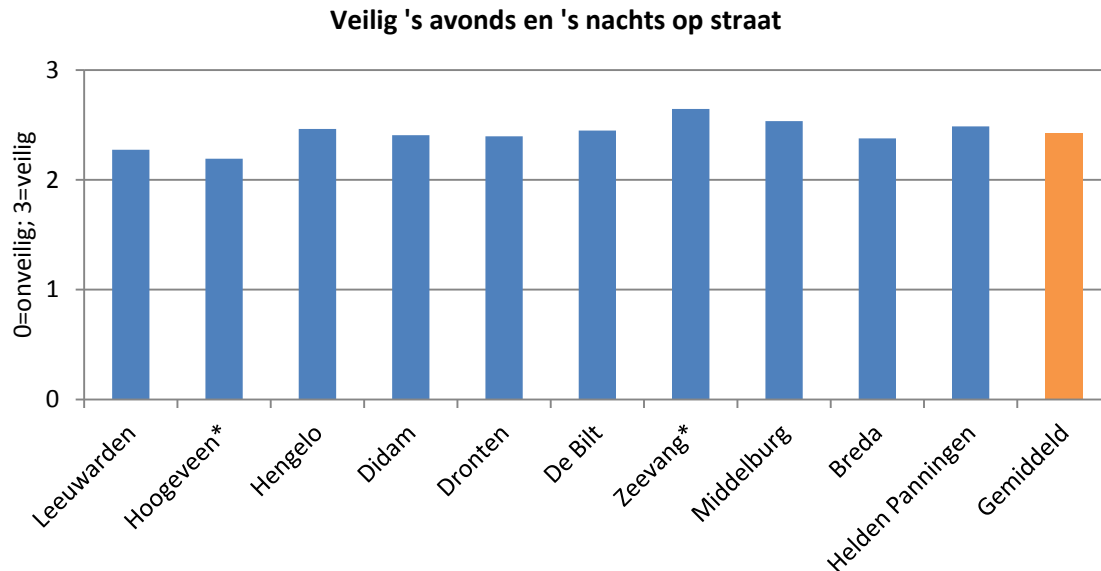
Figuur 5-10: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête aangeven of voorzieningen in de wijk bereikbaar zijn (2011).



Figuur 5-11: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête aangeven of diensten in de wijk bereikbaar zijn (2011).

Maar het gaat ook om beleefde veiligheid; ouderen *voelen* zich niet altijd veilig. Vooral in de avond durft menigeneen de straat niet op. De belangrijkste reden die daarvoor wordt aangegeven is

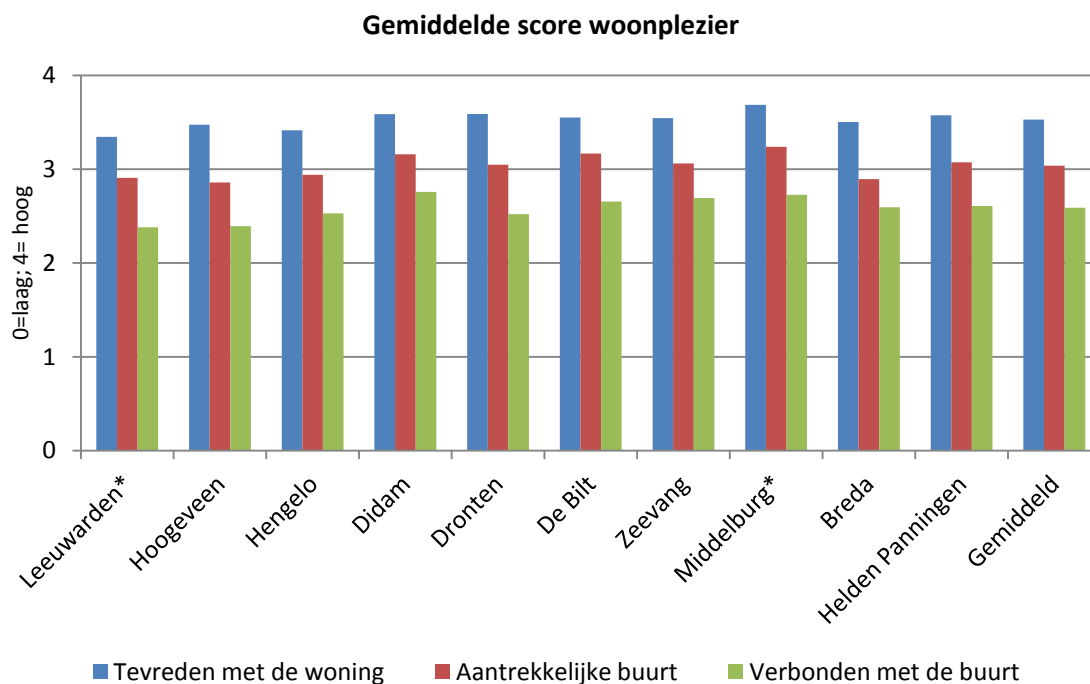
slechte verlichting. De verschillen op dit punt tussen de proeftuinen blijken uit figuur 5-12. Interessant is dat er slechts een beperkte correlatie is tussen de door ouderen beleefde (on)veiligheid in de proeftuinen en de daadwerkelijke overlast en criminaliteit in de wijk zoals die gemeten wordt in de Leefbaarometer⁷.



Figuur 5-12: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête hun gevoel van veiligheid 's avonds en 's nachts op straat aangeven (2011).

Ouderen zijn over het algemeen tevreden tot zeer tevreden met hun woonomgeving. De tevredenheid valt uiteen in waardering voor de wijk of buurt 'an sich', die zich uit in een, soms zeer sterke, binding met de buurt. Daarnaast is er waardering voor de fysieke inrichting van het woonservicegebied; de beschikbaarheid van passende woonruimte, de afstand tot voorzieningen, verkeersveiligheid, en de toegankelijkheid van de wijk voor (kwetsbare) ouderen. We kunnen dit illustreren met figuur 5-13, waarin de tevredenheid met de woning, met de woonomgeving en de verbondenheid met de buurt worden weergegeven. Opvallend is dat de verbondenheid van ouderen met buurten die minder hoog scoren op de Leefbaarometer toch nog aanzienlijk is. Wel horen we daar minder positieve uitspraken, over verslechtering en verloedering van de wijk. In Breda en Leeuwarden worstelen ouderen met de grote veranderingen die hun woonomgeving de afgelopen jaren heeft ondergaan. Men ervaart nadelen van de nieuwe (allochtone) generatie in de wijk, omdat dit onbegrip oproept en sociale contacten in de wijk afnemen. Dit komt overeen met de bevindingen uit de internationale onderzoeksliteratuur, zoals beschreven in hoofdstuk 2. Ouderen in Breda zien het grotere aantal slecht onderhouden tuintjes, in vergelijking met vroeger, als een teken van achteruitgang. In Leeuwarden vinden sommigen dat delen van de buurt verslechteren. In Hoogeveen daarentegen lijkt een verbetering zichtbaar: Krakeel stond vroeger bekend als een slechte wijk, maar dat is niet langer het geval. In De Bilt maakt men zich zorgen over de vraag of de vernieuwing van de wijk niet ten koste zal gaan van het rustige en groene aanzicht van de wijk, en het uitzicht vanuit woningen.

⁷ De Leefbaarometer is een benchmark voor buurtkenmerken, beschikbaar gesteld door het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Voor ons onderzoek hebben we gebruik gemaakt van de scores voor veiligheid (peiljaar 2008), zie bijlage 5.



Figuur 5-13: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête aangeven hoe tevreden ze zijn met hun woning, hoe aantrekkelijk ze de buurt vinden en hoe verbonden ze zich voelen met hun buurt (2011).

Voorbeelden uit de proeftuinen

In de landelijk gelegen proeftuinen (inclusief Middelburg, waar je de stad snel uit bent) worden de rust en de ruimte van de omgeving erg gewaardeerd. In Helden-Panningen vindt men het dorps karakter prettig; in Dronten houdt men van het polderlandschap en is men trots op de eigen rol in het ontwikkelen van dat landschap. In De Bilt, Hengelo en Hoogeveen (deel 'De Weide') wordt het groene aanzicht van de wijk gewaardeerd.

In vergelijking met de proeftuinen valt op dat ouderen in de referentiegebieden Beuningen en Wolfskuil van mening zijn dat de woonomgeving onvoldoende op hen is afgestemd. In Wolfskuil heeft men behoefte aan meer ondersteuning van instanties die zorg kunnen dragen voor aanpassingen in en om het huis. Sommige ouderen in Wolfskuil ervaren bovendien overlast van jongeren. De proeftuinen zijn al een aantal jaar bezig met het ontwikkelen en implementeren van een integrale wijkaanpak op het gebied van wonen, welzijn en zorg. In de referentiegebieden wordt nog geen integraal beleid gevoerd. Overigens vinden ouderen het wel degelijk prettig wonen in Beuningen en Wolfskuil.

We sluiten de weergave van de verhalen van ouderen over dit thema af met enkele vraagpatronen over de betekenis van openbare ruimte en woonomgeving in het dagelijks leven van ouderen. De vraagpatronen worden afgebeeld als behoeftelogica's van oudere bewoners in termen van wat bewoners *eisen, willen, nodig hebben, en kunnen bijdragen*.

Vraagpatroon De Bilt-West: Mobiliteit

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Mobiel zijn, zelf bepalen waar je gaat en staat	Dagelijkse activiteiten uitvoeren	Vervoersmogelijkheden	Onafhankelijkheid en zelfstandigheid

Vraagpatroon Rond de Regenboog, Dronten: Zelfstandig wonen op maat

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Zelfstandig kunnen blijven wonen, ook al kan dat soms beter in een aangepaste of kleinere woning	In en om het huis uit de voeten kunnen met de middelen die daarvoor beschikbaar zijn	Gekend worden in woonvoorzieningen. Informatie over mogelijkheden voor aanpassingen	Voorkeuren en bijbehorende randvoorwaarden tijdig en duidelijk kenbaar te maken

Vraagpatroon Middelburg Noord-Oost: Kunnen gaan en staan waar je wil

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Met de fiets aan de hand naar de markt. Verbetering openbaar vervoer	Boodschappen in het centrum van de stad en deelname aan sociaal leven	Goede bereikbaarheid van bushaltes en afstemming wachttijd van de taxitijd	Aangeven dat het een probleem is

5.3 Deelconclusie

Een belangrijk effect dat van woonservicegebieden wordt verwacht is dat ouderen er langer zelfstandig kunnen wonen, en uit de verhalen die we in dit onderzoek hebben opgetekend blijkt zonneklaar hoe belangrijk ouderen dit zelf vinden. Het onderzoek heeft twee aanwijzingen opgeleverd dat ouderen in woonservicegebieden langer zelfstandig wonen. De eerste is dat (in 2008) het aantal zelfstandig wonende ouderen van 80 jaar en ouder als percentage van het aantal zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar en ouder vijf jaar eerder hoger ligt in de proeftuinen dan in de vergelijkingsgebieden. En de tweede aanwijzing is dat in woonservicegebieden de verhouding tussen het aantal ouderen van 75 of 85 jaar en ouder dat AWBZ-zorg gebruikt en het aantal bedden in zorgwoningen, verzorgings- en verpleeghuizen gelijk of hoger ligt dan het Nederlands gemiddelde, respectievelijk de vergelijkingsgebieden. Dit betekent dat in woonservicegebieden een minstens even hoog, en vaak hoger aantal ouderen gebruik maakt van extramurale AWBZ-zorg dan daarbuiten, en (dus) zelfstandig woont. Ook dit kengetal is gebaseerd op cijfers van enkele jaren geleden, en het is uiteraard mede een uitdrukking van de in het verleden tot stand gekomen ruimtelijke spreiding van bedden in zorglocaties. Het is dus mogelijk dat initiatiefnemers voor woonservicegebieden locaties hebben gekozen waar de voorwaarden voor (of noodzaak tot) zelfstandig wonen al naar verhouding sterk aanwezig waren. Zeker is dat in deze gebieden gedurende een langer of korter aantal jaren beleid is gevoerd om het zelfstandig wonen verder te bevorderen, en dat – als ouderen het al zouden willen – de keuze voor intramuraal wonen steeds verder wordt ingeperkt. Dat betekent dat het voor ouderen vooral van belang is wat woonservicegebieden kunnen bijdragen aan het op peil houden – en liefst verbeteren – van hun kwaliteit van leven als zij zelfstandig wonen en het aantal beperkingen en de kwetsbaarheid toenemen.

Gebleken is dat geschikte of aangepaste woningen daarvoor een essentiële conditie zijn, die er in belangrijke mate voor kan zorgen dat ouderen die met meer beperkingen te maken krijgen in een vergelijkbare positie blijven met betrekking tot hun tevredenheid over de woonsituatie als ouderen die (nog) geen aanpassingen nodig hebben. Maar dan is het wel nodig dat die aanpassingen als maatwerk worden aangebracht op een manier waar ouderen tevreden over zijn. Eigenaar-bewoners verdienen wat dat betreft bijzondere aandacht.

Ouderen benoemen ook de nabijheid van voorzieningen, verkeersveiligheid, sociale veiligheid en het plezier dat zij aan de woonomgeving beleven als factoren die belangrijk zijn voor zelfstandig wonen. Factoren die een statistisch significante verklaring bieden voor verschillen in de tevredenheid van ouderen in de woonservicegebieden zijn – naast de reeds genoemde tevredenheid over de aanpassing van woningen – de mate waarin men beperkingen heeft en binnenshuis zelfstandig kan functioneren, de overweging om te verhuizen en de mate waarin men zich (on)veilig voelt. Factoren als verkeersveiligheid, de bereikbaarheid van voorzieningen en diensten en de mogelijkheden om zelfstandig buiten te kunnen functioneren hebben geen significante verklaringskracht. Dat wil niet zeggen dat ze onbelangrijk zijn – ouderen praten er veel over – maar factoren ‘binnenshuis’ naast de sociale veiligheid als meer beladen factor uit de omgeving zijn kennelijk van groter gewicht. Dit past in het patroon van de medische voorzieningen die mensen vanzelfsprekend vinden, terwijl ze al het andere als bonus beschouwen. Ze maken dus kennelijk een scherp onderscheid wat noodzakelijke voorwaarden zijn en wat wenselijke voorwaarden zijn.

Op een meer algemeen niveau kunnen we uit de uitkomsten met betrekking tot zelfstandig wonen en de tevredenheid over de woonsituatie ook concluderen dat het Nederlandse systeem voor wonen, welzijn en zorg in dit opzicht goed werkt, omdat die tevredenheid niet afhangt van het inkomen, het zijn van huurder of woningeigenaar, en ook niet van een belangrijke persoonlijke omstandigheid zoals het hebben van een partner. Het betekent namelijk dat tevredenheid met de woonsituatie ook vooral door maatregelen op het microniveau van individuele personen en hun woningen wordt beïnvloed. Daarnaast vonden we een verschil tussen proeftuinen in de mate waarin het welbevinden van ouderen – afgeleid van de mate waarin men zegt gelukkig te zijn – een verklaring vormt voor verschillen in de gevoelde noodzaak om naar een meer aangepaste woning of uiteindelijk verzorgingshuis te verhuizen. Dit effect lijkt te worden gedempt wanneer het arrangement in het woonservicegebied betere kansen biedt op ondersteuning bij psychosociale problemen. Een vergelijkbaar verschijnsel zien we bij de verschillen tussen proeftuinen in het effect van zelfstandig kunnen functioneren in huis op de tevredenheid over de woonsituatie. Dit verschil zou te maken kunnen hebben met de mate waarin het lokale arrangement alle ouderen weet te bereiken. Naar tevredenheid zelfstandig kunnen blijven wonen lijkt dan ook direct en indirect samen te hangen met de inrichting van het woonservicegebied. Daarbij staat, zoals uit de narratieven blijkt, een zeer sterke behoefte om binnenshuis te kunnen functioneren voorop.

6. Welbevinden en gezondheid

We openen dit hoofdstuk met een beeld van de gezondheid en kwetsbaarheid van de zelfstandig wonende ouderen in de woonservicegebieden. Een van de hypothesen is dat er in woonservicegebieden meer zelfstandig wonende ouderen met gezondheidsproblemen wonen dan daar buiten. Op dit punt heeft het onderzoek geen eenduidige uitkomsten opgeleverd. De hypothese moet verworpen worden wanneer we de woonservicegebieden vergelijken met de controlegebieden op basis van een samengestelde variabele, met als elementen de vragen in de enquête over ervaren beperkingen, chronische ziekten, beperking van dagelijkse activiteiten door lichamelijke problemen en de verwachting dat deze problemen het komend halfjaar zullen toenemen. Deze uitkomst wordt echter mede beïnvloed door verschillen in de manier waarop in beide soorten gebieden respondenten zijn geselecteerd. Bij vergelijking van de woonservicegebieden met hun vergelijkingsgebieden op basis van algemene statistieken (met gegevens voor het peiljaar 2008) vinden we een aanwijzing in de richting van bevestiging van de hypothese, omdat er in de proeftuinen in verhouding tot het aantal bedden in zorglocaties een even hoog of hoger aantal 85-plussers is dat AWBZ-zorg gebruikt dan in de vergelijkingsgebieden. Per gebruiker is er echter op grond van deze gegevens geen verschil in intensiteit van deze zorg, ook niet in de huishoudelijke hulp.

Ook met betrekking tot kwetsbaarheid is de hypothese dat *in woonservicegebieden meer kwetsbare ouderen zelfstandig wonen dan daarbuiten*. Kwetsbaarheid is een complexe maat, gebaseerd op 15 vragen uit de enquête over zelfstandig functioneren, fitheid, zintuiglijke beperkingen, medicatie, afvallen, geheugenproblemen en psychosociale problemen (zie bijlage 5) die niet in algemene statistieken is terug te vinden, maar wel te toetsen is in de woonservicegebieden en hun controlegebieden. De hypothese moet verworpen worden, omdat blijkt dat in woonservicegebieden de ouderen minder kwetsbaar zijn (gemiddeld 2,66) dan zowel intramuraal (gemiddeld 6,16) als extramuraal (gemiddeld 3,39) wonende ouderen buiten het woonservicegebied. Dit effect blijft ook staan indien men corrigeert voor het al dan niet hebben van een partner. Dit is in strijd met de veronderstelling, maar het wordt – zoals we ook al bij de uitkomsten voor gezondheid hebben opgemerkt – voor een deel verklaard door de verschillen in selectie van respondenten in beide typen gebieden.

Bij de verdere bespreking stellen we opnieuw een aantal overstijgende thema's centraal die uit de narratieven waarin wordt gesproken over welbevinden en gezondheid naar voren komen.

6.1 Autonomie en zelfredzaamheid

“Ja...ja ik zit hier niet weg te roesten, of vast te roesten. Ik ben altijd toch wel ondernemend geweest. Dat zit gewoon in me.” Oudere bewoner Hoge Vucht, Breda

“[Is het een prettig huis om in te wonen?] Ja vind ik wel. De kamer is knus en boven heb ik veel ruimte, want dit huis gaat de hoogte in he. Dus op zolder doe ik mijn oefeningen, heb ik een televisie met een oefenbal en een naaimachine. Tweede verdieping zit ik te computeren en daar heb ik mijn radiootje en op de slaapkamer heb ik mijn televisie en heb ik een logeerkamertje. Dus ik kan overal alles laten liggen. Deuren dicht [comfortabel eigenlijk?] Heerlijk ja. De post laat ik overal liggen. Ik ben aan het prutselen en as ik daar dan klaar mee ben en mijn lichaam wordt moe, dan laat ik alles liggen en doe ik de deur dicht en mijn kamer is altijd netjes.” Oudere bewoner Krakeel, Hoogeveen

“Zij kan niet meer fietsen. RB: Nee. Ik durf niet meer te fietsen en ik mag het ook niet meer van, van de jongens. En dan gaan we met de tandem he. RA: Tandem, tandem gaat prima. (...) We hebben hem nu eh, ja dit is het vijfde jaar hebben we hem. Maar nu heb ik toch ook wel met trapondersteuning he, dat had ik eerst niet. Vier jaar hebben we zo gefietst. In vier jaar, tweeduizend kilometer. [Oja, dat is veel. En waarom hebt u toen trapondersteuning Aangeschaft?] RA: Ja, ja. [Ja, waarom hebben jullie dat gedaan?] RA: Ja waarom. Ik werd een jaar ouder. (Lacht) RB: En hij is ook hartpatiënt he.” Oudere bewoner van Helden-Panningen

Voor de ouderen gaat autonomie – zelf kunnen beslissen hoe je je leven inricht – in de eerste plaats over keuzevrijheid. Ouderen hechten er aan om de belangrijke keuzes in hun leven zelf te maken, zoals het kiezen van een nieuwe woning als je niet meer thuis kunt wonen, natuurlijk in samenspraak met anderen.

Ook willen ze autonoom zijn als het gaat om handelingen die met zelfredzaamheid te maken hebben, zoals zelf boodschappen of het huishouden doen. Autonomie neemt dan de betekenis aan van zelfstandig zijn en blijven, en dingen zelfstandig kunnen doen. Sleutelwoord in de narratieven die over zelfredzaamheid gaan is ‘regie’. Ouderen vinden het belangrijk om zo lang mogelijk zelf de regie te houden over hun leven. Daarbij is, los van wat naasten en instanties kunnen bieden, de eigen wilskracht om er nog iets van te maken cruciaal.

Ouderen vinden autonomie belangrijk en voelen zich overwegend ook autonoom. In Helden-Panningen geven ouderen aan dat ze over een sterke wil beschikken. In Dronten wijzen ze op het kunnen aangeven van grenzen, bijvoorbeeld naar zorg- en dienstverleners toe. Autonomie is ook kunnen bepalen op welk moment, bij wie en waarvoor je hulp in roept. In Didam is men trots op de eigen competenties en het van betekenis kunnen zijn voor anderen. In Middelburg zijn ouderen actief en bewust bezig met zingeving. In de referentiegebieden Beuningen en Wolfskuil wordt gesproken over het zelf kunnen kiezen en invullen van medische behandelingen, praktische activiteiten, hobby’s, en dagelijkse verrichtingen.

In De Bilt, Dronten en Zeevang – proeftuinen waar de beperking van dagelijkse activiteiten door lichamelijke klachten (wat) lager is dan gemiddeld – komt een verband tussen zelfredzaamheid en mobiliteit naar voren. Wie nog autorijdt, fietst of wandelt, kan zelf er op uit om mensen op te zoeken. Wie minder mobiel is kan zijn of haar toevlucht nemen tot hulpmiddelen als een scootmobiel, een rollator of krukken. De zelfredzaamheid is dan weliswaar afgenomen, maar kan tot op zekere hoogte weer worden ‘heroverd’ omdat men zich met hulpmiddelen weer wat beter

kan voortbewegen. De afname van mobiliteit maakt ouderen bovendien afhankelijker van familieleden en andere bekenden en van de beschikbare vervoersmogelijkheden in de wijk. Dit punt wordt expliciet benoemd in De Bilt en in Helden-Panningen. Toch kan juist die ondersteuning door anderen een deel van de toegenomen kwetsbaarheid ondervangen; hier wordt in het volgende hoofdstuk dieper op ingegaan. In Zeevang vinden ouderen dat je minder autonoom wordt als je voor vervoer afhankelijk wordt van anderen. Je boet dan niet alleen aan zelfredzaamheid in, maar ook aan keuzevrijheid.

Ouderen dragen zelf bij aan hun zelfredzaamheid door actief oplossingen te zoeken voor praktische problemen en door zich aan te passen aan de omstandigheden. Zo is het soms nodig om dingen in een lager tempo te doen. Voldoende rust nemen is ook belangrijk. Toch proberen ouderen zoveel en zo lang mogelijk een vaste dagindeling te handhaven. De regelmaat van een vaste dagindeling bevordert de zelfredzaamheid, omdat routinematige handelingen en activiteiten minder energie kosten, en omdat ze ouderen helpen om de dag door te komen. 'Bij de dag leven', is hoe het in Leeuwarden wordt verwoord.

Ter afsluiting van deze paragraaf worden enkele vraagpatronen weergegeven die betrekking hebben op het thema autonomie en zelfredzaamheid. De vraagpatronen worden afgebeeld als behoefte logica's van oudere bewoners in termen van wat bewoners *eisen*, *willen*, *nodig hebben*, en *kunnen bijdragen*.

Vraagpatroon Meulenvelden, Didam: Voor zolang als het nog gaat...

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Regie over de eigen daginvulling	Zo lang mogelijk eigen alledaagse routines kunnen volhouden	Ruimte voor en grip op de eigen activiteiten en invulling van het dagelijks leven	Balans bepalen tussen optimisme en realisme; daadwerkelijk ondersteuning vragen; creatieve praktische oplossingen

Vraagpatroon Helden-Panningen: Op de bein blieve

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Op de been blijven, het vol kunnen houden	Actief zijn, ondernemen, sport, elkaar ontmoeten. Genieten!	Positieve instelling, een verspreiding van deze activiteiten door de week met vaste ankerpunten	Doet een beroep op de zelfredzaamheid van mensen van zichzelf en van elkaar

6.2 Fysiek en psychisch welbevinden

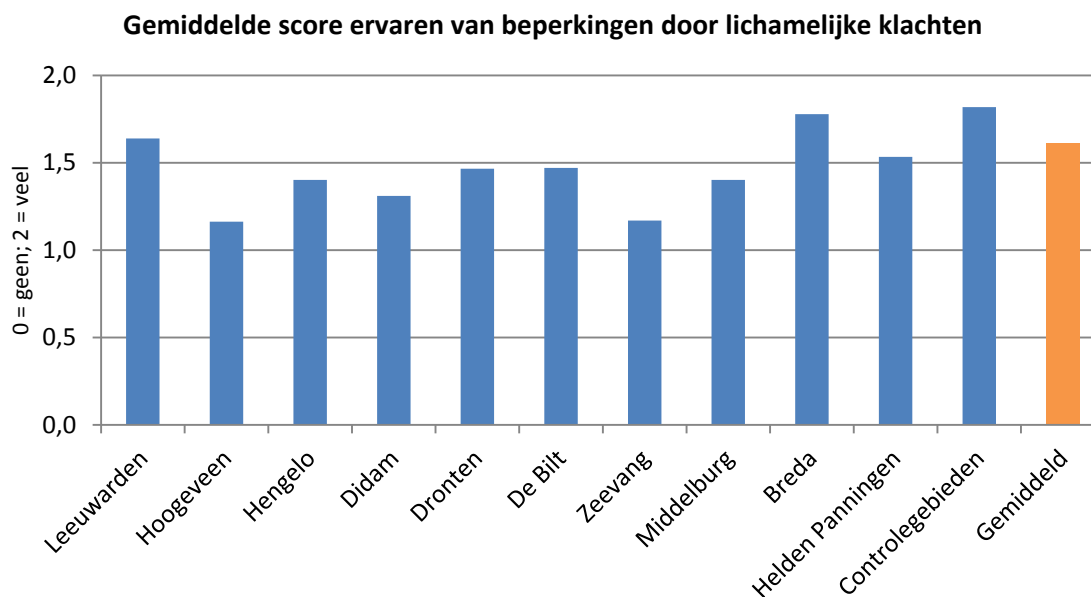
“Gewoon, ik ga gewoon maar door en ik ben ontzettend hard voor mezelf. Geen pieper en ik houdt niet van het gepiep. Kan ik ook niet uitstaan bij een ander... Zo ben ik dus niet. Ik wil wel graag mijn werk doen zoals ik het altijd doe. Al moet ik het kruipend doen, ik lig ook haast nooit op bed ergens voor. Ik ga niet graag naar bed als ik ziek ben, nee. [Dus u zegt wel eens wat te hebben, maar makkelijk te kunnen accepteren en doorgaan...] Ja ik ga gewoon door, dat is gewoon zo. Het gaat vanzelf wel weer over. Wat heb je er zelf aan en een ander als je altijd zit te zeuren... Dan komen ze niet meer want dan ben je gewoon een zeur. Zo is het... Zo hobbelen we verder.” Oudere bewoner Rond de Regenboog, Dronten

“Gelukkig wel ik kan alles nog zelf ik mis alleen iemand om me heen om tegen te praten. Gelukkig heb ik nog een vriendin waar ik veel mee onderneem.” Oudere bewoner van referentiegebied Wolfskuil

“Nou ik heb wel moeten inleveren he maar dat kan ook niet anders he. Als je dus euh, zoals vanmorgen heb ik dan in de tuin gewerkt.... Ze hebben wel vier omleidingen gemaakt. En toen heb ik dat jaar ook nog een aneurysma gehad die was 7.5 centimeter geworden. Die mag maar twee zijn. Dus binnen het jaar twee zware operaties. Maar goed ik kan het nog napraten en ik kan weer fietsen dus het gaat wel” Oudere bewoner van Berflo Es, Hengelo

Fysiek

Hoewel de meer kwetsbare ouderen mogelijk wat ondervertegenwoordigd waren ten opzichte van de respondenten in de enquête (zie hoofdstuk 3), komt uit het vraagpatronenonderzoek toch duidelijk het beeld naar voren dat veel ouderen in het dagelijks leven te maken hebben met gezondheidsproblemen. We illustreren dat met figuur 6-1. Bij sommigen gaat het om een opeenstapeling van kleine kwaaltjes die met de jaren een steeds grotere belemmering vormen. Anderen zijn ernstig ziek of ziek geweest, of hebben een zware operatie achter de rug, al dan niet het gevolg van een acuut gezondheidsprobleem, zoals een hartaanval. Veel meer dan de feitelijke medische mankementen, ervaren ouderen last van de gevolgen die deze hebben voor hun dagelijkse functioneren en het psychisch welbevinden. Zo wordt beperking in mobiliteit vaak genoemd als gevolg van versleten heupen of dergelijke aandoeningen.



Figuur 6-1: Gemiddelde score van ouderen die beperkingen ervaren door lichamelijke klachten (2011).

Tegelijkertijd valt op dat ook onder deze omstandigheden het optimisme en realisme (zie overstijgend thema uit hoofdstuk 5) overheersen. Respondenten uiten zich enerzijds optimistisch over hun eigen bestaan en de toekomst. Men vindt het belangrijk te genieten van wat men nog kan zolang men dat nog kan. Anderzijds realiseert men zich terdege dat de toekomst vroeger of later grotere afhankelijkheid en grotere beperkingen zal brengen. Dat wordt echter niet per se als een probleem ervaren. In de gesprekken benadrukken de ouderen wat ze *wel* nog kunnen in plaats van wat door beperkingen niet meer mogelijk is.

Hoewel de arrangementen van de proeftuinen als zodanig niet door de ouderen genoemd worden vinden we bij onderlinge vergelijking van de woonservicegebieden dat respondenten in Zeelang minder dan gemiddeld gezondheidsproblemen hebben, en in Leeuwarden, Breda en Helden-Panningen meer dan gemiddeld. In Breda en Leeuwarden zijn de respondenten ook significant meer kwetsbaar. Deze uitkomst correspondeert tot op zekere hoogte met de uitkomsten van het vooronderzoek (gebaseerd op een veel beperktere set variabelen), maar hangt voor een deel ook samen met de selectie van respondenten voor de enquête uit het bestand aan deelnemers van het vooronderzoek. Dat in de genoemde drie proeftuinen meer dan gemiddeld ouderen met gezondheidsproblemen wonen wijst er op dat die proeftuinen een behoorlijk lange historie hebben, en die in verschillende delen van het land gelegen zijn, zowel in de stad als op het platteland, ouderen met meer gezondheidsproblemen (toch) zelfstandig kunnen wonen. In Leeuwarden wordt dit wellicht mede veroorzaakt doordat ouderen binnen de wijk geen intramuraal alternatief hebben. Maar in Breda en Helden-Panningen zijn die alternatieven er wel. Vergelijken we de arrangementen van deze drie proeftuinen, dan is in geen van de drie sprake van een gecoördineerd wijkzorgteam, en alleen in Helden-Panningen is er regulier overleg met de eerstelijnszorg. De arrangementen voorzien in alle drie deze proeftuinen wel in advisering, thuiszorg op afroep, activiteitsaanbod, diensten aan huis, vervoersdiensten en ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers.

Psychisch

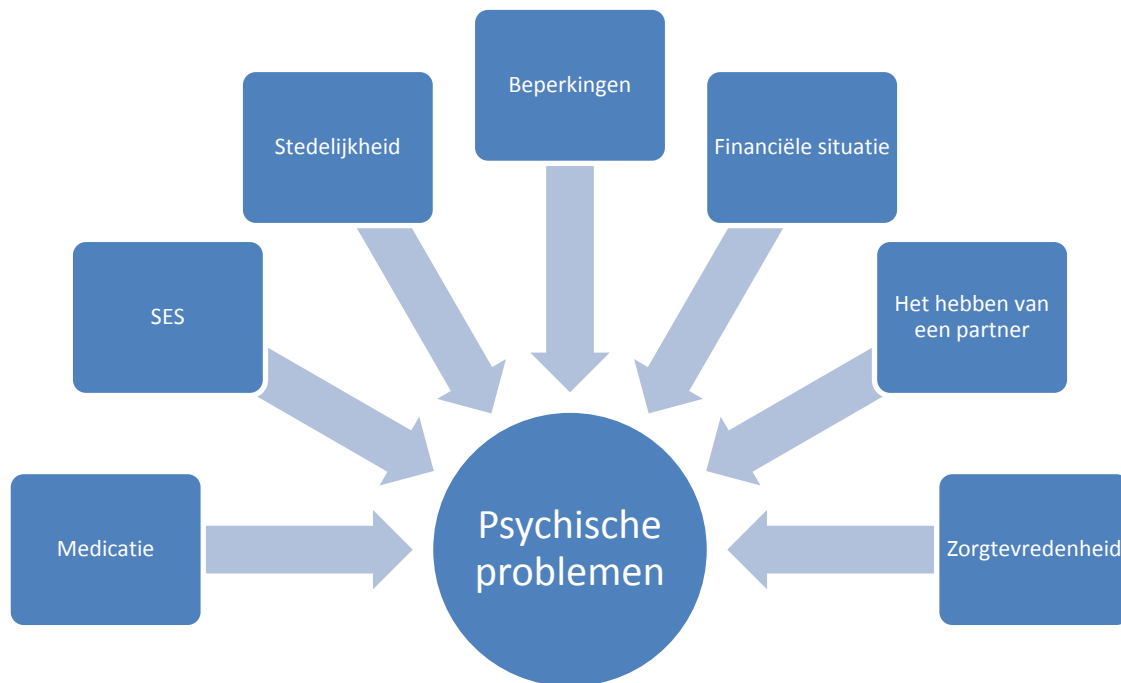
In vergelijking met het fysieke welbevinden spreken de ouderen zich over het algemeen minder expliciet uit over hun psychische welbevinden. Tegelijk klinkt het psychisch welbevinden als betekenisvol door vanuit de impact die beperkingen in het fysiek welbevinden hebben. Met andere woorden: ouderen spreken zich minder uit over eigen psychische problemen als bijvoorbeeld depressie of eenzaamheid, maar betreuren het wel dat ze door een medische ingreep bijvoorbeeld minder mobiel worden en niet eenvoudig meer bij anderen op bezoek kunnen gaan.

In Middelburg en Zeevang is men opvallend positief over het fysieke welbevinden. In Zeevang wordt deze houding gekoppeld aan woonplezier en tevredenheid met sociale contacten; in Middelburg aan de rust en ruimte die de omgeving uitstraalt en waar men graag wandelt en fietst. In de narratieven uit Hoogeveen en het referentiegebied Beuningen komt het optimistische geluid juist niet zo duidelijk terug. In Hoogeveen en referentiegebied Wolfskuil noemen de ouderen nadrukkelijk de medische zorg die een rol speelt bij het omgaan met ongemakken. In Didam wordt pijn als een verzwarende factor genoemd. Kwetsbare ouderen in Hengelo vinden het moeilijker om actief te blijven. Daardoor raken ze voor hun gevoel enigszins geïsoleerd.

Het psychisch welbevinden wordt door de ouderen op verschillende manieren geïnterpreteerd. Angst is één van die interpretaties, in het bijzonder angst voor de persoonlijke gevolgen van het ouder worden en voor de dood. Deze aspecten worden expliciet benoemd in Didam en beide referentiegebieden Beuningen en Wolfskuil. Eenzaamheid is een andere belangrijke interpretatie. In verschillende proeftuinen wordt het verlies van familie en leeftijdgenoten genoemd als een veroorzaker van eenzaamheid. In Hengelo en Leeuwarden wordt het verband tussen psychisch en fysiek welbevinden onder de aandacht gebracht. In Hoogeveen is dit ook het geval, maar hier worden uitspraken over het psychische welbevinden vooral gedaan in de context van uitspraken over het fysieke welbevinden. Enkele ouderen die lijden onder ernstige fysieke beperkingen en/of chronische pijn geven aan dat hun leven eigenlijk wel een beetje klaar is. In de literatuur wordt de houding dat het leven eigenlijk afgesloten is benoemd als ‘narrative closure’ (Bohlmeier, 2011). Ouderen hebben dan het idee dat er geen nieuwe hoofdstukken meer aan het eigen levensverhaal zullen worden toegevoegd.

In Middelburg worden geldzorgen aangedragen als reden voor het hebben van psychische stress. In referentiegebied Wolfskuil ondervindt men stress van het afscheid moeten nemen van de vertrouwde woonomgeving.

Een van de hypothesen in het onderzoek is dat ouderen in woonservicegebieden minder psychische problemen ervaren dan ouderen in andere gebieden (zie hoofdstuk 2). Om deze hypothese te toetsen is met de beschikbare variabelen het volgende model gemaakt (zie figuur 6-2).



Figuur 6-2: Kwantitatief analysemodel voor psychische problemen.⁸

Uit onze analyses van de uitkomsten van de enquête blijkt dat beperkingen, tevredenheid met de zorg en het hebben van een partner de verschillen in het noemen van psychische problemen bij de respondenten verklaren. Wanneer we de woonservicegebieden vergelijken met de controlegebieden, blijkt dat mensen in woonservicegebieden wat meer psychische problemen hebben als er de beperkingen op een gemiddeld niveau liggen – in die zin moet de hypothese verworpen worden. Maar naarmate de beperkingen toenemen, is het effect op de mate waarin men psychische problemen heeft minder sterk in een woonservicegebied: in het woonservicegebied nemen de psychische problemen minder toe naarmate de beperkingen toenemen – het effect is het sterkst bij toename van psychische beperkingen, en dat is plausibel gezien de aard van de uitkomstmaat. Beide effecten zijn positief, want er is geen reden om aan te nemen dat ouderen (meer) psychische problemen hebben doordat zij in een woonservicegebied wonen. Of zij hadden die problemen al – en kunnen er toch zelfstandig wonen – of zij zijn er heen verhuisd omdat zij bepaalde zorg en ondersteuning verwachten (zoals in een interview in Didam wordt genoemd). En er zijn kennelijk in de woonservicegebieden factoren die het effect van toenemende beperkingen op psychische problemen verminderen: ook dat is positief uit een oogpunt van individueel welbevinden. Mogelijk heeft dit ook een positieve invloed op de zorgkosten, maar daarbij hangt het er van af welke factoren het effect veroorzaken en welke kosten aan die factoren verbonden zijn, en wat de besparing aan zorgkosten is die volgt uit de geringere toename van psychische problemen bij ouderen in de proeftuinen (zie hoofdstuk 8).

⁸ Zie bijlage 5 voor de operationalisering van dit model.

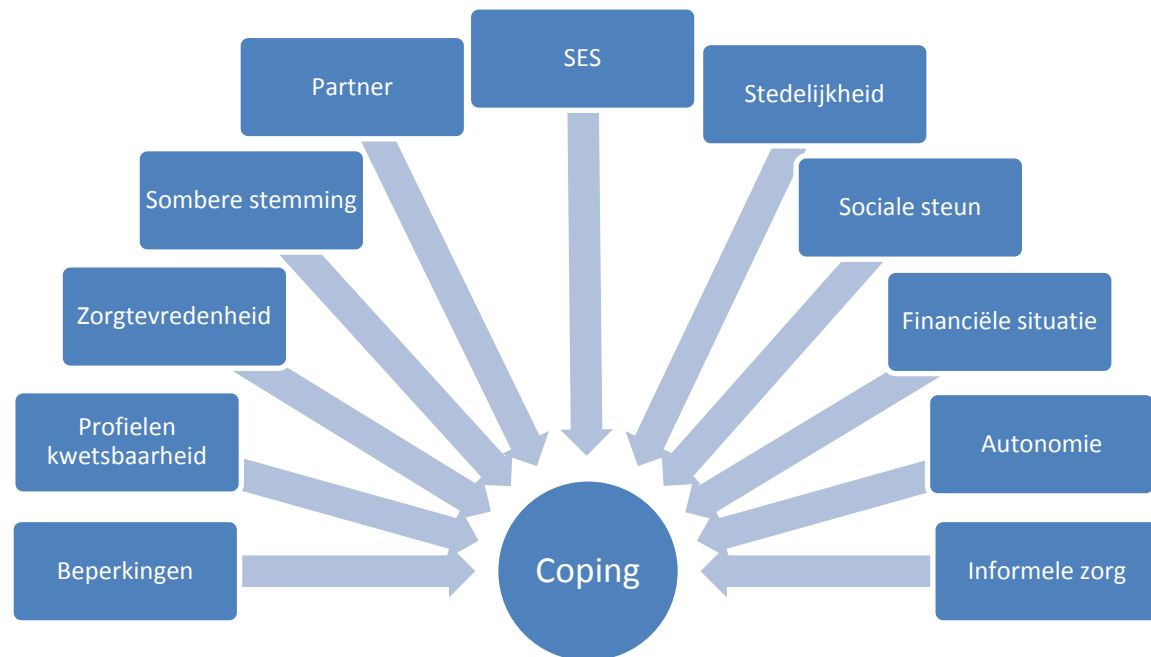
Coping

De manier waarop ouderen met hun problemen omgaan wordt in het algemeen aangeduid als coping. Ouderen vertellen dat de verhoudingen tussen vroeger, nu en later kaders vormen om betekenis te geven aan de eigen gezondheid en ziekte. Niet te veel aan de toekomst denken is een manier om te kunnen omgaan met gezondheid en ziekte (negeren of ontkennen). Dit punt wordt in verschillende proeftuinen genoemd. In De Bilt is men tevreden over de huidige situatie, maar realiseert men zich tegelijkertijd dat beperkingen in het functioneren in het verschiet liggen. In referentiegebied Wolfskuil lijkt men iets meer bezig met de toekomst; zo wordt er preventief informatie over aanpassingen of hulpmiddelen aangevraagd bij instanties. Ook het spiegelen van de eigen gezondheidsproblemen aan de problemen van anderen helpt om te relativëren: het kan altijd erger.

Uit veel narratieven spreekt berusting: lichamelijke ongemakken horen nu eenmaal bij het ouder worden, en het hangt voor een deel van jezelf af hoe je er mee omgaat. Beweging (bijvoorbeeld wandelen, fietsen of sporten) en dagelijkse bezigheden (denk aan boodschappen doen en een verse maaltijd bereiden) worden veel genoemd als voorbeelden van manieren waarop ouderen hun ongemakken te lijf gaan (even te vergeten of van zich te kunnen zetten). Als men kan vasthouden aan regelmaat en routines is het gemakkelijker om zich over een dipmoment heen te zetten. In Breda wordt bezig blijven zelfs als een verzetsdaad gezien, in Dronten is men naar eigen zeggen gewoon hard voor zichzelf op dit punt.

Specifieke copingstrategieën om met beperkingen door het ouder worden om te gaan zijn: het onderhouden van sociale contacten (kwam sterk naar voren in Dronten, Helden-Panningen, Hoogeveen, Wolfskuil en Zeevang), het doen van vrijwilligerswerk (Helden-Panningen), humor en reminiscentie (Beuningen) en religie en zingeving (Didam en Middelburg). Het betekenisvol invullen van de dag wordt door ouderen in verschillende proeftuinen genoemd, en kan worden gezien als een overkoepelende copingstrategie.

Een van de veronderstellingen in het onderzoek is dat ouderen in woonservicegebieden beter kunnen omgaan met gezondheid en ziekte dan ouderen in andere gebieden. In het kwantitatieve onderzoek is de hypothese dat ouderen in woonservicegebieden beter met gezondheid en ziekte kunnen omgaan op verschillende manieren getoetst. Het model dat hier voor is opgesteld (figuur 6-3) laat zien dat de volgende factoren significant bijdragen aan coping (de manier waarop ouderen met hun problemen omgaan): beperkingen (hoe meer beperkingen hoe meer problemen met coping), de clusters voor kwetsbaarheid (hoe hoger het profiel hoe meer problemen), tevredenheid met de zorg (des te minder tevreden des te meer problemen) en het hebben van een sombere stemming (hoe somberder de stemming, hoe meer problemen met coping). Factoren die niet significant bijdragen zijn het hebben van een partner, sociale steun, stedelijkheid, SES.



Figuur 6-3: Kwantitatief analysemodel voor coping.⁹

Daarnaast is er een significant effect van groep: dat wil zeggen dat de woonservicegebieden van de controlegebieden verschillen. Het blijkt dat ouderen in woonservicegebieden beter met problemen kunnen omgaan dan in de controlegebieden – de hypothese wordt dus bevestigd. Verder blijkt dat het effect van tevredenheid met de zorg, beperkingen (van meer psychische aard) en de kwetsbaarheidprofielen op de mate waarin ouderen goed kunnen omgaan met gezondheid en ziekte. Voor de tevredenheid met de zorg valt deze niet te verklaren door verschillen tussen woonservicegebieden en controlegebieden, voor de profielen en beperkingen wel. Bij tevredenheid over de zorg zien we slechts een (niet significante) tendens dat coping in de proeftuinen minder afhankelijk is van de tevredenheid over de zorg, er spelen meer dan elders ook andere factoren een rol, en die zouden kunnen worden herleid tot het arrangement dat aanvullend voorziet in (meer) aangepaste woningen, nabij voorzieningen en welzijn/ondersteuning.

Bij de profielen voor kwetsbaarheid is het verschil tussen woonservicegebieden en controlegebieden significant. Het effect is dat in woonservicegebieden naar mate ouderen een kwetsbaarder profiel hebben de copingproblemen minder hard stijgen dan buiten het woonservicegebied.

Hetzelfde zien we bij de meer psychische kant van beperkingen, die zijn gerelateerd aan stemmingsproblemen en geheugenfuncties. Ook nu is in woonservicegebieden de invloed van toenemende beperkingen op coping minder sterk dan in de controlegebieden. Beide zijn positieve effecten van een woonservicegebied: zij vormen een belangrijke aanwijzing dat het arrangement in woonservicegebieden – met alle variatie die daar in zit – er aan bijdraagt dat ouderen beter met hun problemen kunnen omgaan als kwetsbaarheid en (psychische) beperkingen toenemen dan de ouderen buiten woonservicegebieden.

⁹ Zie bijlage 5 voor de operationalisering van dit model.

We sluiten de analyse opnieuw af met een vraagpatroon. Het vraagpatroon wordt afgebeeld als behoefte logica van oudere bewoners in termen van wat bewoners *eisen*, *willen*, *nodig hebben*, en *kunnen bijdragen*.

Vraagpatroon De Bilt-West: Weerstand tegen verandering

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Het leven blijft zoals het was	Geen verandering; geen afhankelijkheid; gelijke actieradius	Wereld blijft zoals die is: geen maatschappelijke verandering, ik blijf fit, ik blijf even mobiel	Langer thuis wonen; in stand houden leef- en woonklimaat De Bilt

6.3 Sociale relaties: diepgaand en oppervlakkig

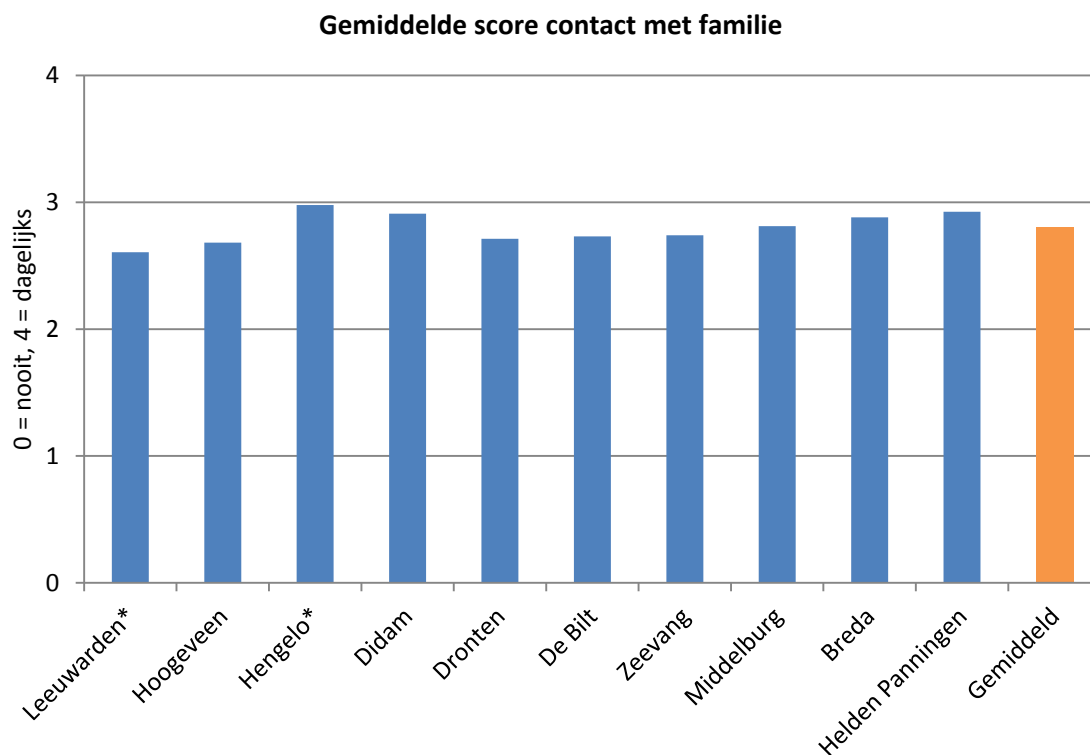
“En weet je wat het is, goh ze zeggen wel eens een oude boom moet je niet verplanten. Laat de worteltjes maar gewoon in de grond zitten. Hier zit ik best. Het is een hele prettige wijk. We kunnen goed met de burens en alles, dus.” Oudere bewoner referentiegebied Beuningen

“[U vertelde dat u wel contact heeft met de burens. Bent u tevreden met het contact dat u hier in de buurt heeft of zou u meer willen?]. Nou dat hangt er vanaf ik vind ook al heel snel dat ik geclaimd wordt als het een middag in de week moet. Maar ik heb wel lieve vrienden en de burens en de kinderen wonen niet al te ver weg. Maar ik heb er eigenlijk ook verder niet zo veel behoefte aan.” Oudere bewoner De Bilt-West

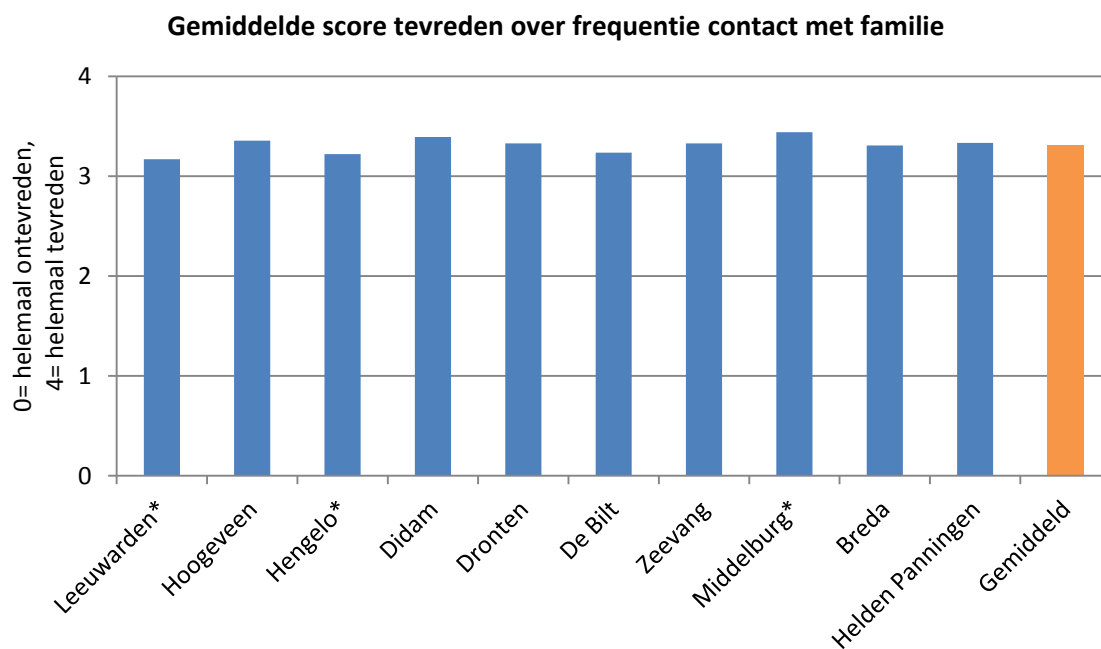
“[Ontmoet u wel eens nieuwe mensen?] Ook dat wel. Ja, wij eh gaan vaak naar rommelmarkten, maar dat is nog wel es interessant hè. We gaan elke zaterdag bijna, of elke zaterdag, als er iets in de buurt is, gaan we naar een rommelmarkt toe, en dan ontmoet je veel mensen. En nou, samen koffie drinken of zo met mensen. En dan eh komen dr nog wel es nieuwe vrienden uit rollen (...).” Oudere bewoner Krakeel, Hoogeveen

Familie en lokale gemeenschap

Sociale relaties zijn voor veel ouderen uiterst belangrijk. Ouderen zijn bewust en actief bezig hun netwerk van sociale relaties te onderhouden. Familiebanden staan daarbij vaak voorop. Ouderen ruimen graag tijd in voor dagelijks of wekelijks contact met kinderen en kleinkinderen. Voor familiebezoek moeten andere contacten of clubjes en dergelijke wijken. De grafieken 6-4 en 6-5 laten het verschil zien tussen de proeftuinen in de frequentie van het contact met familie en de tevredenheid over dit contact.



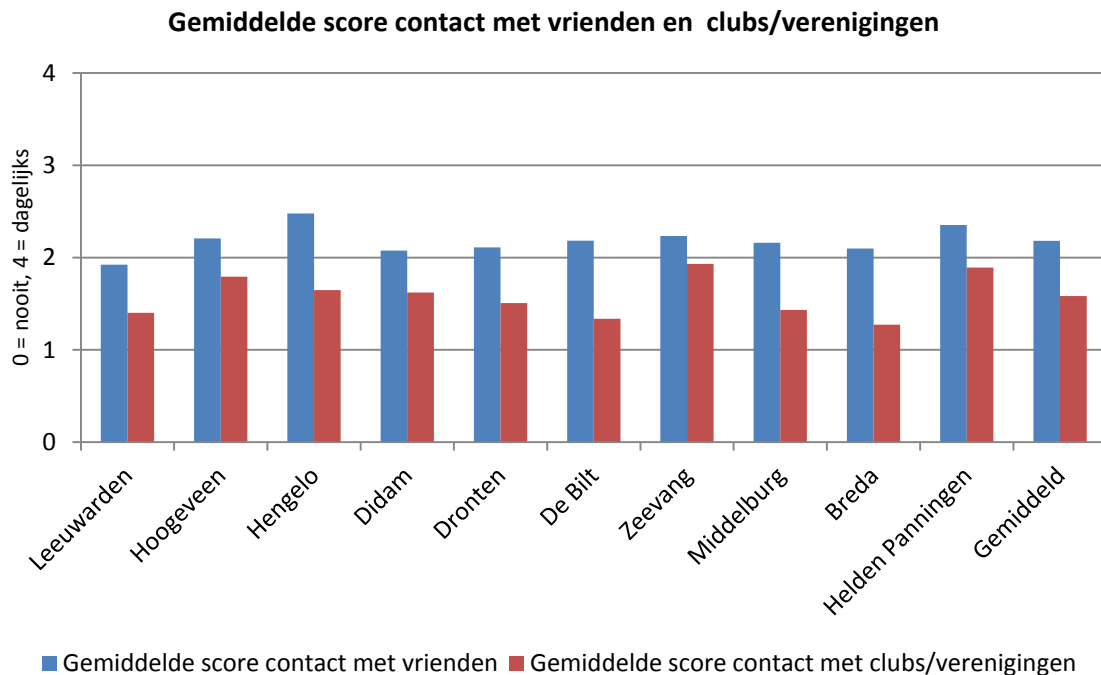
Figuur 6-4: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête aangeven hoe vaak ze contact hebben met familie (2011).



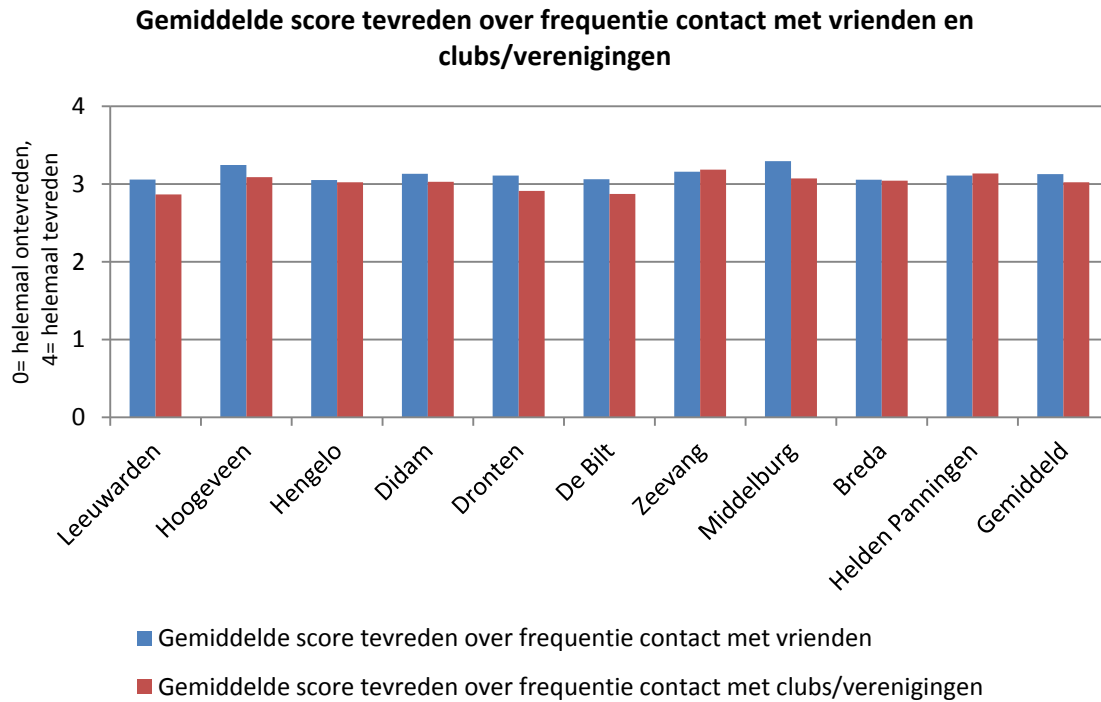
Figuur 6-5: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête de tevredenheid over het contact met familie aangeven (2011).

Voor sommige kinderen is het lastig om hun ouders op te zoeken omdat ze druk zijn met werk, in het buitenland wonen of zelf ziek zijn. Vanzelfsprekend vinden ouderen dat jammer, maar begrijpen het wel. Moderne communicatiemiddelen als e-mail en Skype bieden dan soms uitkomst. Naarmate de mobiliteit (rijvaardigheid) afneemt wordt het lastiger om bijvoorbeeld broers en zussen die wat verder weg wonen, en vaak met hetzelfde probleem zitten, op te zoeken. Hierbij noemt men soms ook het effect van de eigen verhuizing, die soms al in een ver verleden heeft plaats gevonden, bijvoorbeeld als gevolg van het industrialisatiebeleid.

Ook heeft men betekenisvol contact via vrienden (afspraken, feestjes), verenigingen en andere vaste activiteiten, vrijwilligerswerk, oud-collega's, deelname aan commissies en besturen, en de kerk. De grafieken 6-6 en 6-7 geven een beeld van het gemiddelde niveau van deze contacten en – soms aanzienlijke – verschillen tussen de woonservicegebieden onderling.



Figuur 6-6: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête aangeven hoe vaak ze contact hebben met vrienden en clubs/verenigingen (2011).



Figuur 6-7: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête de tevredenheid over het contact met vrienden en clubs/verenigingen aangeven (2011).

Relaties met burens en buurt- en dorpsgenoten zijn soms georganiseerd en formeel (verenigingsleven), maar meer nog informeel (toevallige ontmoetingen op straat of in winkels; feestjes) en worden ervaren als bevredigend. Nieuwe diepe vriendschappen met burens gaat men doorgaans niet aan. Op de rol van burens en buurtgenoten als ondersteuners gaan we in het volgende hoofdstuk dieper in.

Met name in de stedelijke proeftuinen zijn verandering in de directe leefomgeving en de invloed daarvan op de lokale gemeenschap in de narratieven terug te vinden. Zoals reeds eerder beschreven worden in Breda soms antipathieën genoemd jegens allochtone buurtbewoners die zich de laatste decennia in de wijk hebben gevestigd. Een ander deel van de ouderen ziet de verschillende culturen die in hun wijk zijn neergestreken juist als een verrijking. In Leeuwarden en referentiegebied Wolfskuil hebben ouderen weinig contact met allochtone gezinnen. In Breda en Dronten valt het de ouderen op dat tweeverdieners nooit thuis zijn: het is overdag zo stil in de wijk. Ouderen en tweeverdieners leven een beetje langs elkaar heen. In Dronten en Hengelo geven ouderen aan dat 'het' (het sociale weefsel van de wijk) niet meer zo is als vroeger. Ook in De Bilt staat de wijk voor de meeste bewoners enigszins op afstand.

Ook een hechte gemeenschap kan nadelig zijn voor de manier waarop sociale relaties worden ervaren. In Beuningen, Helden-Panningen, Middelburg en Zeevang werden ouderen die daar later zijn komen wonen niet zomaar opgenomen in de gemeenschap, omdat ze als 'import' werden of nog steeds worden gezien. Het is misschien niet toevallig dat juist in deze proeftuinen sprake is van een sterke buurtbinding (zie figuur 5-13 in hoofdstuk 5 over woonplezier, aspect verbondenheid met de buurt).

Ouderen in Helden-Panningen, Hengelo, Leeuwarden, Middelburg en de referentiegebieden Beuningen en Wolfskuil nemen vrij veel deel aan vrijwilligerswerk en verenigingsverbanden. Ouderen in De Bilt zijn minder geneigd deel te nemen aan georganiseerde activiteiten. In Didam en Dronten spreken ouderen zich vaker dan gemiddeld uit over het lid zijn van een kerkgemeenschap. Ook in Middelburg speelt religie een belangrijke rol, maar daar lijkt het meer te gaan over de individuele beleving van religie en zingeving.

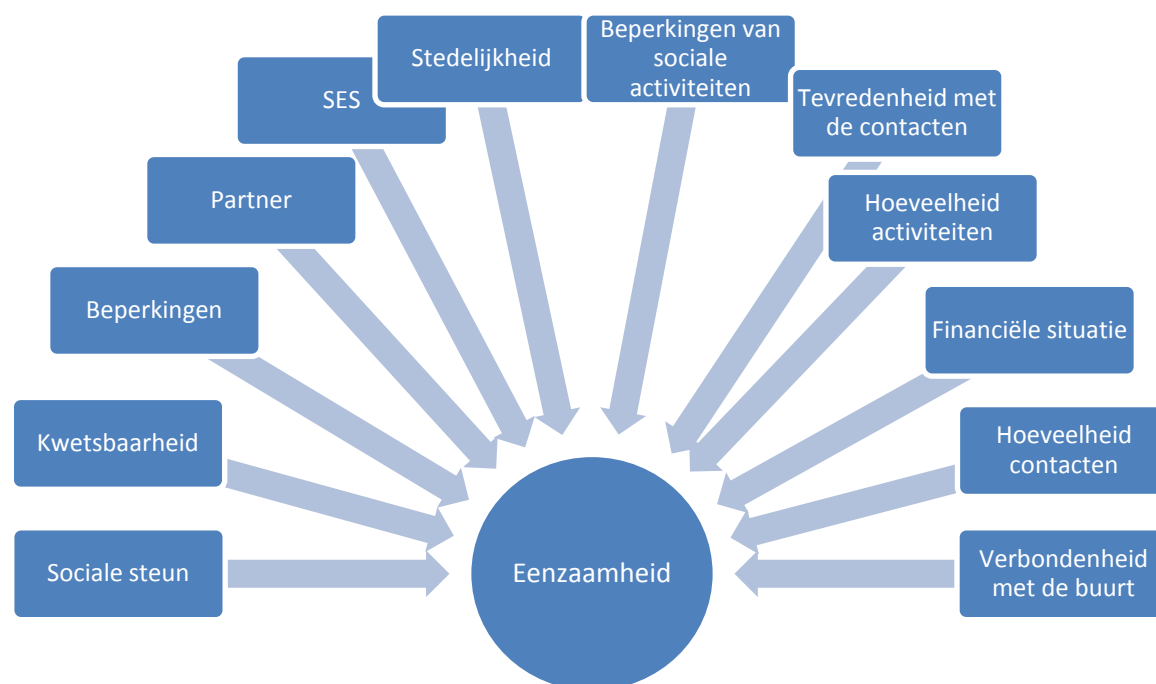
Naast afspraken en georganiseerde activiteiten zijn ook toevallige ontmoetingen in bijvoorbeeld winkel- of gezondheidscentra aanleiding om met elkaar in contact te komen. Dit wordt opgemerkt in Breda, Leeuwarden en in mindere mate in Didam. In Zeevang geeft men duidelijk aan dat het verdwijnen van voorzieningen de kans op een fijne toevallige ontmoeting vermindert. Gelukkig vinden er in Zeevang met regelmaat evenementen plaats die dit probleem in ieder geval enigszins ondervangen. Ook worden praktische bezoeken aan omringende dorpen vaak gecombineerd met op visite gaan bij vrienden en kennissen aldaar.

Uit Hengelo en Middelburg wordt door ouderen een verband tussen seizoenen en sociale relaties gesignaleerd: in de lente en de zomer zijn er meer gezellige activiteiten om bij aan te haken dan in de winter, maar de vakantiestop in de zomer kan voor ongewenste leegte in de dagindeling zorgen.

Eenzaamheid en welbevinden

Verspreid over de proeftuinen zijn er ook enkele ouderen die aangeven dat ze nauwelijks sociale contacten hebben. Dat wordt niet noodzakelijkerwijs als een probleem uitgelegd; sommige ouderen hebben geen sterke behoefte aan meer contacten, en bovendien is men op de eigen privacy gesteld. Ouderen die lichamelijk beperkter zijn, hebben minder contact en zijn vaak afhankelijk van hun naasten om buiten te komen, op visite te gaan of anderen te ontvangen.

Wat kunnen we nu met deze verhalen in het achterhoofd zeggen over de hypothese dat ouderen in woonservicegebieden zich minder eenzaam voelen en dat hun sociale relaties beter zijn dan buiten een woonservicegebied? Het model staat in figuur 6-8.



Figuur 6-8: Kwantitatief analysemodel voor eenzaamheid.¹⁰

Voor het toetsen van deze hypothese is uit de variabelen van de enquête een latente variabele ‘kwaliteit van contacten’ samengesteld, gebaseerd op de vragen over hoe het contact met andere mensen is, en over de tevredenheid met de frequentie van contacten met vijf groepen relaties, waaronder familie (zie bijlage 5). Deze uitkomstmaat wordt significant voorspeld door sociale steun, kwetsbaarheid, beperkingen (emotionele en geheugenproblemen), en het aantal sociale activiteiten. De andere (meer fysieke) kant van beperkingen, het hebben van een partner, SES, stedelijkheid en het ervaren van beperkingen in sociale activiteiten door lichamelijke problemen zijn geen significante voorspellers. Deze uitkomsten kunnen geïnterpreteerd worden als een aanwijzing dat het Nederlandse stelsel voor wonen, zorg en welzijn in het algemeen, en in het bijzonder de (verschillende) aanpakken die in de woonservicegebieden worden gepraktiseerd er toe bijdragen dat lichamelijke beperkingen slechts weinig invloed hebben op het sociale leven van ouderen, en dat is overeenkomstig de intenties van het beleid in woonservicegebieden.

We hebben geen verschil in kwaliteit van de contacten gevonden tussen de woonservicegebieden en de controlegebieden – in die zin moet de hypothese dus verworpen worden. Maar met betrekking tot beperkingen (en dan met name het onderdeel met emotionele en geheugenproblemen) vinden we wel dat buiten de woonservicegebieden de kwaliteit van het contact met mensen sneller achteruit naarmate deze beperkingen toenemen. Hoewel het effect niet bijzonder sterk is, is dit opnieuw een aanwijzing dat er in de wisselwerking tussen ouderen en hun omgeving in de woonservicegebieden effecten worden gegenereerd die overeenkomen met de intenties waarmee deze gebieden worden ingericht.

Bij vergelijking van Meulenvelden en Berflo Es met hun vergelijkingsgebieden op basis van de score op de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld is er geen verschil. Wel vonden we dat in Didam de mate van belemmeringen ook een significante predictor voor eenzaamheid vormt. Dit kan een aanwijzing zijn dat het de moeite waard is om in Didam bijzondere aandacht te geven aan welzijn en ondersteuning van ouderen die toenemende belemmeringen ervaren; bij de analyse van

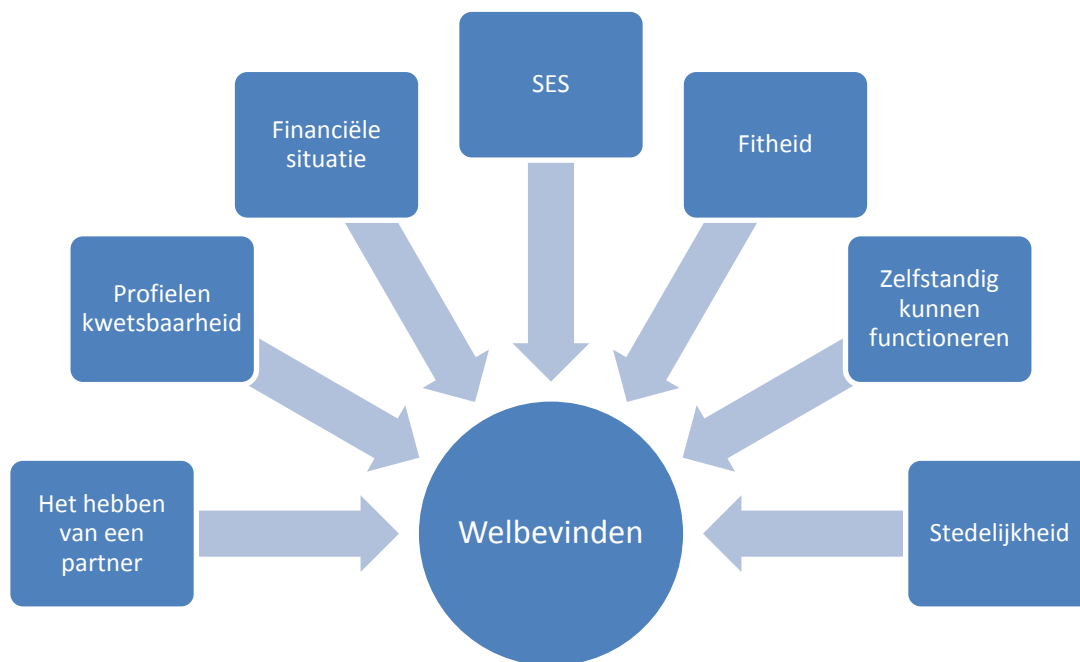
¹⁰ Zie bijlage 5 voor de operationalisering van dit model.

het arrangement werd duidelijk dat hier nog verbeteringen mogelijk zijn. Dat geldt tot op zekere hoogte in alle proeftuinen, omdat ook bij de analyse op basis van de enquête – die hierna volgt – beperkingen een rol spelen bij de kwaliteit van contacten dan wel eenzaamheid.

Met het materiaal van de enquête hebben we ook de proeftuinen onderling vergeleken. Bijna alle betrokken variabelen spelen een significante rol in het voorspellen van de *kwaliteit* van het contact. De psychische kant van beperkingen speelt een significante rol (des te meer beperkingen, des te minder tevreden over de contacten) maar de meer algemene factor beperkingen speelt geen significante rol. De hoeveelheid contacten ook (des te minder contacten, des te minder tevreden). Daarnaast hebben inkomen (des te beter de financiële situatie, des te meer tevreden), kwetsbaarheid (des te hoger des te minder tevreden), ervaren sociale steun (meer steun, meer tevreden), belemmering sociale activiteiten door (emotionele) beperkingen (des te minder belemmeringen des te meer tevreden over de contacten) en verbondenheid met de buurt (des te meer verbondenheid des te meer tevreden) invloed op de ervaren kwaliteit van het contact. Het hebben van een partner heeft geen invloed. Voor lokaal (welzijns-)beleid is het in het licht van deze uitkomsten vooral van belang om te zoeken naar manieren om de hoeveelheid contacten van ouderen te vergroten – ook in de allereenvoudigste vorm van toevallige ontmoetingen – en te zien of financiële belemmeringen voor het hebben of uitbreiden van contacten kunnen worden weggenomen. Uit de hierboven aangehaalde verhalen van de ouderen is gebleken dat het daarbij erg belangrijk is om niet een standaard aanbod te hebben, maar aan te sluiten bij de voorkeuren en autonome keuzes van ouderen.

De proeftuinen verschillen onderling in de kwaliteit van contacten die ouderen ervaren, en de kwantiteit van de contacten heeft per gebied een andere invloed op de ervaren kwaliteit. Over de hele linie ligt de tevredenheid met contacten hoger in De Bilt dan in Didam; er zou een relatie kunnen zijn met het arrangement in De Bilt waarin meer aandacht voor welzijn is dan in Didam. Eveneens over de hele linie – maar met een minder sterk effect van de frequentie op de kwaliteit – ligt Hengelo wat hoger dan Hoogeveen en Breda. Vanuit het arrangement zou dit deels verklaard kunnen worden door meer coördinatie in de zorg (zogeneten sleutelteam) en advisering aan ouderen, bewustzijn van Naoberschap, en een breder (in omvang vergeleken met Hoogeveen, en qua spreiding van aanbieders vergeleken met Breda) pakket aan diensten en activiteiten.

We ronden dit hoofdstuk af met het toetsen van de hypothese dat ouderen in woonservicegebieden een hoger welbevinden hebben dan daarbuiten. Een aantal van de variabelen die in de narratieven en/of in voorgaande deelanalyses een rol speelden komen in onderlinge samenhang terug in het model dat we voor het toetsen van deze hypothese hebben opgesteld, zie figuur 6-9.

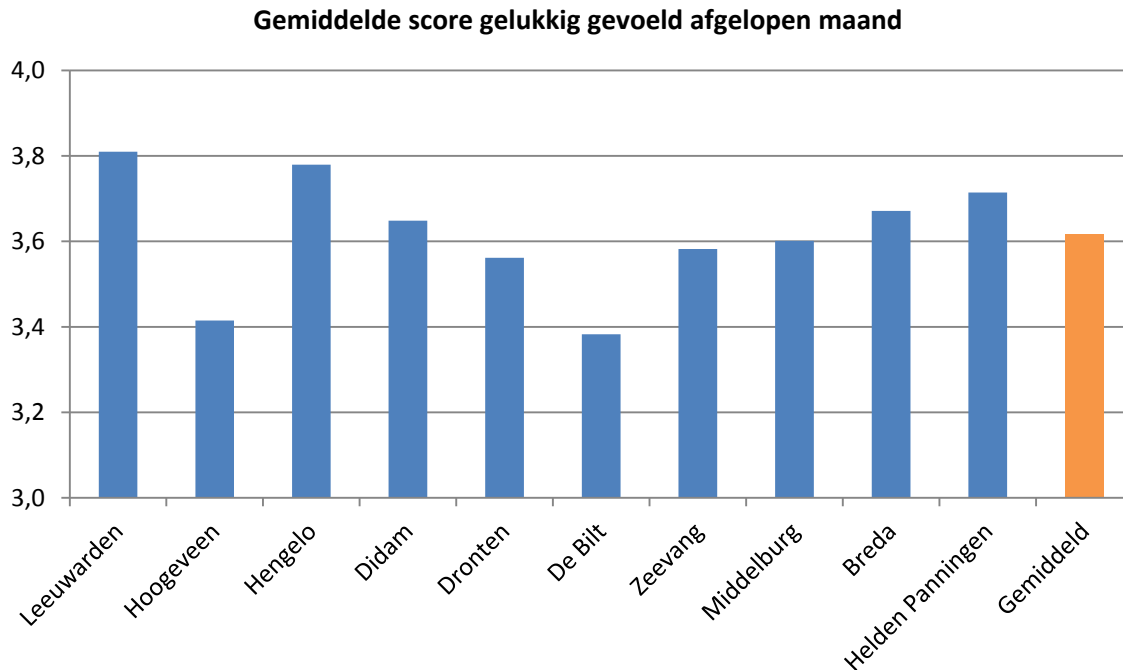


Figuur 6-9: Kwantitatief analysemodel voor welbevinden.¹¹

De uitkomstmaat voor welbevinden is een latente variabele, geconstrueerd uit de ratio tussen het aantal domeinen van welbevinden waar men tevreden over is ten opzichte van het aantal domeinen wat men belangrijk vindt, en de vraag hoe vaak men zich gelukkig voelt. Het blijkt dat welbevinden significant (negatief) beïnvloedt wordt door kwetsbaarheid en positief door het hebben van een partner. Het welbevinden is in de woonservicegebieden niet hoger dan in de controlegebieden, in die zin moet de hypothese dus verworpen worden. Maar het blijkt wel zo te zijn dat het effect van toenemende kwetsbaarheid op het afnemen van welbevinden in de woonservicegebieden minder sterk is dan in de controlegebieden. Dat is een belangrijke uitkomst, omdat deze er op wijst dat er in de woonservicegebieden kennelijk factoren een rol spelen die het effect van toenemende kwetsbaarheid op de afname van het welbevinden dempen. Dit is in overeenstemming met de beoogde effecten van de beleidsinspanningen in de woonservicegebieden, zoals verbeeld in de effectenarena. Bij een vergelijking van Didam en Hengelo met hun vergelijkingsgebieden – nu afgemeten aan de mate waarin ouderen zeggen zich gelukkig te voelen – komt opnieuw geen verschil naar voren. Ouderen voelen zich gelukkiger als zij een partner hebben, en als hun financiële situatie beter is.

Wanneer we de proeftuinen onderling vergelijken op basis van de uitkomsten van het vooronderzoek – aan de hand van de vraag hoe vaak ouderen zich de afgelopen maand gelukkig hebben gevoeld – blijken er significante verschillen tussen Dronten (gelukkiger dan gemiddeld) en Breda (minder gelukkig). Dit verschil blijft bestaan, ook nadat gecontroleerd is voor de variabelen die de mate van gelukkig zijn blijken te voorspellen: het hebben van een partner, de mate van fitheid en het zelfstandig kunnen functioneren in het dagelijks leven. Dezelfde vraag is ook beantwoord door de respondenten die (rekening houdend met kwetsbaarheid) geselecteerd zijn voor de enquête. Figuur 6-10 laat de verschillen in uitkomsten voor deze variabele zien. Ouderen in Leeuwarden en Hengelo zijn relatief gelukkig, in De Bilt en Hoogeveen minder gelukkig.

¹¹ Zie bijlage 5 voor de operationalisering van dit model.



Figuur 6-10: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête hun mate van geluk van de afgelopen maand aangeven (2011).

Voor een nadere analyse van de verschillen tussen proeftuinen maken we weer gebruik van de latente variabele voor welbevinden die ook werd gehanteerd bij het vergelijken van proeftuinen en controlegebieden. Op welbevinden scoort De Bilt het laagst en verschilt hierin significant van Leeuwarden, Didam, Breda en Helden-Panningen. De profielen ($B = -0,409$; des te hoger het profiel des te lager het welbevinden) en het hebben van een partner ($B = 0,074$; mensen met een partner hebben een hoger welbevinden) en financiële situatie ($B = 0,049$; des te beter de financiële situatie des te hoger het welbevinden) voorspellen welbevinden significant. SES voorspelt welbevinden niet significant, en dat geldt ook voor stedelijkheid. Deze uitkomsten geven aan dat het voor het voeren van lokaal beleid met name van belang is om te zoeken naar interventies die kunnen voorkomen dat de kwetsbaarheid van ouderen meer toeneemt dan nodig is. Naast alle andere effecten die dat heeft draagt het in ieder geval ook bij aan het persoonlijk welbevinden van de ouderen.

We hebben nader onderzocht in welke – voor welbevinden relevant te achten factoren de proeftuin in De Bilt verschilt van Leeuwarden, Didam, Breda en Helden-Panningen. Het valt meteen al op dat het zowel twee stedelijke als twee dorpse proeftuinen betreft, dat betekent dat we het eerder in sociale structuren en de mate of vorm van zorg en ondersteuning zouden moeten zoeken dan in kenmerken van de woningvoorraad of de woonomgeving. We vinden dat er naast de reeds genoemde nog een aantal andere variabelen zijn die het model verbeteren: Hoe minder informele zorg hoe hoger het welbevinden, dat is plausibel wanneer we aannemen dat als het welbevinden hoger is er ook nog minder informele zorg nodig is, maar het kan ook betekenen dat het moeten inroepen (of in geval van partners, verlenen) van informele zorg een negatieve invloed heeft op het welbevinden, hetzij in het aantal domeinen waaraan men plezier beleeft,

hetzij in de tevredenheid over die domeinen¹². Hoe meer tevreden over de zorg hoe hoger het welbevinden. Mensen die hun problemen niet zelf aankunnen hebben een lager welbevinden. Er is geen sprake van random parameters dus is er een regressieanalyse uitgevoerd om uit te zoeken of de locaties van elkaar verschillen. We vinden dan dat er nog steeds een significant verschil is en dat De Bilt significant verschilt (met lager welbevinden) van Leeuwarden, Breda en Helden-Panningen. Dat verschil wordt voor een belangrijk deel verklaard door het relatief grote beroep op informele zorg – men gebruikt ook minder thuiszorg – en de wat sterkere ontevredenheid over de geboden zorg en ondersteuning.

De paragraaf wordt opnieuw afgesloten met enkele vraagpatronen die betrekking hebben op het thema sociale relaties: diepgaand en oppervlakkig. De vraagpatronen worden afgebeeld als behoefte logica's van oudere bewoners in termen van wat bewoners *eisen*, *willen*, *nodig hebben*, en *kunnen bijdragen*.

Vraagpatroon De Bilt-West: Sociaal vangnet

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
In geval van nood opgevangen worden door anderen in het netwerk	Oppervlakkige contacten	Anderen die ze in de gaten houden en zo nodig ondersteuning bieden	Ondersteuning aan anderen bieden als die dat nodig hebben

Vraagpatroon Berlfo Es, Hengelo: Noaberschap

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Invulling van Noaberschap	Betrokken op elkaar zijn en	Noaberschap nieuw leven inblazen	Daar waar nodig hand en span diensten verrichten

6.4 Deelconclusie

In dit hoofdstuk zijn ouderen aan het woord geweest over hun gezondheid en welbevinden, zoals zij dat dagelijks beleven in de context van de woonservicegebieden. Daarnaast hebben we enkele hypothesen getoetst die zijn afgeleid uit de veranderingstheorie voor woonservicegebieden. De veronderstelling dat in woonservicegebieden meer ouderen met gezondheidsproblemen wonen dan daarbuiten moet op grond van de meeste analyses die we hebben gemaakt worden verworpen; alleen op basis van het aantal ouderen dat (naar de gegevens van het CAK over 2010 extramurale AWBZ-zorg ontvangt vinden we een lichte aanwijzing dat de hypothese aanvaard zou kunnen worden.

Ook de hypothese dat zelfstandig wonende ouderen in woonservicegebieden kwetsbaarder zijn moet verworpen worden, maar voor een deel komt dat doordat er verschillen zitten in de manier waarop in de proeftuinen en de controlegebieden respondenten geselecteerd zijn. Dat geldt bij een toets met veel controlevariabelen ook voor de deels daaraan tegengestelde hypothese, dat ouderen in woonservicegebieden zich fitter voelen. Deze hypothese kan alleen bevestigd worden wanneer we de populatie van het vooronderzoek vergelijken met die van de controlegebieden, waarbij we alleen (kunnen) controleren voor het medicijngebruik.

¹² Daarnaast is het ook niet uit te sluiten dat er sprake is van confounding, doordat een of meer samenstellende variabelen van de latente variabele voor welbevinden en de mate waarin informele zorg wordt gebruikt een gemeenschappelijke andere achtergrond hebben.

Evenmin vonden we dat ouderen in woonservicegebieden een hoger welbevinden hebben dan ouderen in andere gebieden, dat zij minder psychische problemen hebben, of dat zij zich minder eenzaam voelen en betere sociale relaties hebben. De enige hypothese die wel kan worden aanvaard is dat ouderen in woonservicegebieden beter kunnen omgaan met gezondheid en ziekte. Uit de analyses blijkt dat – met uitzondering van coping – niet zozeer het niveau van de genoemde variabelen of uitkomsten verschilt tussen de woonservicegebieden – maar wel de mate waarin toenemende beperkingen effect hebben op het afnemen van welbevinden en andere uitkomstmaten. In het algemeen kan gezegd worden dat er in woonservicegebieden factoren werkzaam zijn waarvan een ‘dempende werking’ uitgaat. Concreet hebben we gevonden:

- Naarmate beperkingen toenemen is het effect op de mate waarin men psychische problemen heeft minder sterk;
- Bij toenemende kwetsbaarheid stijgen de copingproblemen minder snel;
- Bij toenemende beperkingen (gerelateerd aan stemmingsproblemen en geheugenfuncties) stijgen de copingproblemen minder snel en gaat de kwaliteit van het contact met andere mensen minder snel achteruit;
- Bij toenemende kwetsbaarheid neemt het welbevinden minder snel af.

Deze effecten zijn belangrijke aanwijzingen dat woonservicegebieden werken zoals beoogd wordt met de inspanningen die verschillende partijen in deze gebieden verrichten. Uit de vergelijking van de proeftuinen hebben we afgeleid dat de beschreven dempende effecten samenhangen met kenmerken van de ‘software’ van de arrangementen. De proeftuinen waar deze effecten sterker optreden kenmerken zich door (betere condities voor) een netwerk waarin ouderen enerzijds zelf relatief makkelijk kunnen participeren, anderzijds de communicatie tussen verschillende professionals, adviseurs en ondersteuners (al dan niet vrijwillig) zo is ingericht dat ouderen ‘gekend’ worden, en een (gedifferentieerd) ondersteuningsaanbod zo veel mogelijk ouderen kan bereiken.

Ouderen zelf vinden het belangrijk om regie te houden als zich gezondheidsproblemen of beperkingen aandienen, en willen zich zo lang mogelijk zelf redden. Mobiliteit is in dat verband van grote betekenis, en daarmee ook het belang van hulpmiddelen en voorzieningen die mobiliteit zo goed mogelijk op peil houden. Ouderen zijn sterk in het vinden van eigen oplossingen om beperkingen het hoofd te bieden, zoals het verdelen van activiteiten over de dag. Maar zij hebben het ook moeilijk met het opgeven van de dingen die zij niet meer kunnen, en zoeken dan steun in zingevende activiteiten, door zich te spiegelen aan anderen, door het inschakelen van familie, burens of vrienden. Voor mensen die beperkt sociale steun ervaren heeft coping veel moeilijker, en sommige ouderen vertellen dat hun leven eigenlijk wel ‘klaar’ is. Beperkte sociale steun heeft allerlei achtergronden: van een recente eigen verhuizing tot het afwijzen van contacten met nieuwelingen in de buurt door anderen, van het verlies van de partner of grote afstand tot familie tot het niet kunnen participeren in een wat gesloten lokale gemeenschap. Wanneer we de vragen van ouderen zien in het perspectief van de mogelijkheden om hen in het kader van een woonservicegebied te ondersteunen, zal het er vooral om gaan om de autonomie van ouderen te waarderen en het verband tussen autonomie en welbevinden te herkennen en in coproductie met ouderen, hun netwerk en vrijwilligers of professionals maatwerk te organiseren in de ondersteuning en zorg waar dat nodig is.

7. Informele zorg en professionele diensten

Uit narratieven die betrekking hebben op informele zorg en professionele dienstverlening komen de volgende overstijgende thema's naar voren. Allereerst het thema 'autonomie en zelfredzaamheid', dat we hier opnieuw terugzien.

7.1 Autonomie en zelfredzaamheid

"En nu zijn we aangewezen op de huisartsenpost in Zeist dat is 10 km verderop. Belachelijk! Dat zijn dingen als het over zorg gaat. Dat vind ik belachelijk. Dat ik iets van 10 km daarheen zou moeten voor iets van spoed terwijl er binnen een kilometer een ander huisartsen post is waar ik iemand ken. [En dat mag gewoon niet?]. Ik vind dat belachelijk. Maar ik kom uit een tijd, mijn ouders waren allebei huisarts, die hadden niet eens weekenddiensten en dan denk ik ze hebben het al zo makkelijk tegenwoordig die huisartsen." Oudere bewoner De Bilt-West

"Dan moeten ze om half een komen om dat eten in die magnetron warm te maken en noem maar op. En dan 's avonds moeten ze weer komen van je, brengen je naar bed. Of dat nou acht uur is of half acht of half een in de nacht, die komen gewoon wanneer ze tijd hebben. Nou en dat hoeft voor mij echt niet. Ik zeg breng mij dan maar naar de Wietel [verzorgingshuis]." Oudere bewoner van Helden-Panningen

"Dus ja, het loont ook wel eens om je eh niet ogenblikkelijk neer te leggen bij... ja ook al is ie nog zo deskundig en nog zo knap. Zelf nadenken dat moet toch ook altijd nog." Oudere bewoner Middelburg Noord-Oost

Respondenten geven aan dat zij behoefte hebben om hun eigen leven in te kunnen richten zoals ze dat zelf willen. Tegelijkertijd kan men zich in het dagelijks leven niet altijd even goed redden en hebben sommigen te kampen met beperkingen in de zelfredzaamheid, bijvoorbeeld door medische condities. Zij lijken echter vooral behoefte te hebben aan regie over het eigen leven en ondersteuning in de uitvoering daarvan.

Zelf de (medische) zorg tijdig betrekken bij problemen is een veelgehoord aspect van zelfredzaamheid (kwam onder andere ter sprake in Leeuwarden, Middelburg en Zeevang). Mensen moeten soms over een drempel heen. Pas als het echt nodig is, en dat kan na een concrete gebeurtenis zoals een val of een ziekenhuisopname zijn, wordt de gang naar een zorgverlener in het woonservicegebied gemaakt. Soms is een interventie van een professional of familielid nodig om medische zorg in te roepen, zoals in Didam wordt aangegeven. Vanzelfsprekend is de huisarts een eerste aanspreekpunt. Toch gaan ouderen onder meer in Leeuwarden daar pas heen als het echt niet lukt om zelf in conditie te blijven. Deze wens om zelf de regie te blijven houden over de eigen gezondheidssituatie komt overigens in alle proeftuinen terug – mensen vinden het belangrijk om zelf keuzes te kunnen maken ten aanzien van behandelingen en dergelijke, ook al is de huisarts sturend bij die keuzes.

Ouderen in Hoogeveen eisen de regie op als ze niet tevreden zijn, bijvoorbeeld als ze geïrriteerd zijn over de manier waarop ze door zorgverleners worden aangesproken. Ze proberen hun probleem dan zelf op te lossen. Ouderen in Helden-Panningen die assertief een professional benaderen spreken hierover met een gevoel van trots. Wie in Middelburg en Zeevang kampt met

ernstige gezondheidsproblemen moet soms buiten de regio behandeld worden. Dat is belastend, ook voor de partner.

Ter afsluiting van dit thema wordt een vraagpatroon weergegeven dat betrekking heeft op het thema autonomie en zelfredzaamheid. Het vraagpatroon wordt afgebeeld als behoeftelogica van oudere bewoners in termen van wat bewoners *eisen*, *willen*, *nodig hebben*, en *kunnen bijdragen*.

Vraagpatroon Middelburg Noord-Oost: Ouder worden benauwt

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Ouderen willen niet als 'oud' benaderd worden	Ouderen willen niet als oud of zielig benaderd worden	Gelijkwaardigheid en volwaardig participatie aan de samenleving	Ouderen willen een actieve bijdrage leveren via vrijwilligerswerk en mantelzorg voor hen die het nodig hebben

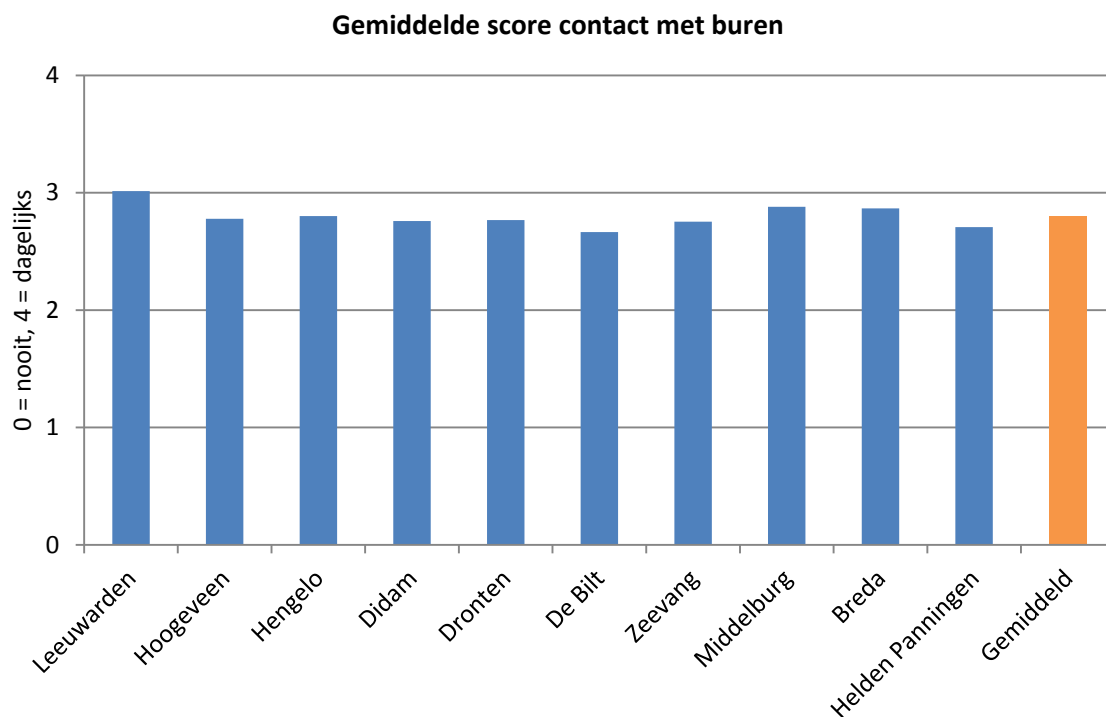
7.2 Ondersteuning door nabije personen

“Ja en ik weet zeker als er iets met me is, dan hoef ik maar midden op straat te gaan staan en help te roepen en dan komen ze met z’n allen aangesneld.” Oudere bewoner referentiegebied Beuningen

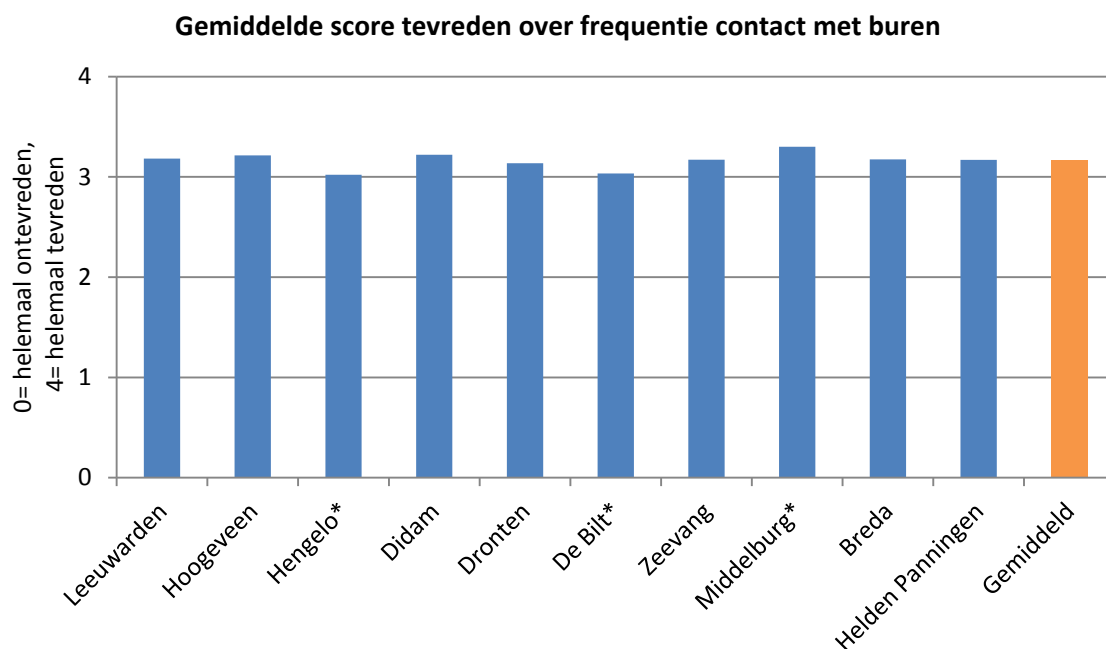
“[En hoe is het contact met de burens] prima [Ik hoorde net al iets over de bovenburens] ja wij hebben goed contact. We wonen met z’n achten op deze etage en we kennen elkaar allemaal. Als iemand ziek is met griep bijvoorbeeld dan zijn we er altijd voor elkaar dan hoef je niet hele dagen bij elkaar te wezen. [Dus als er iets aan de hand is dan staan de burens voor u klaar?] Ja hoor en ik ook voor hun het zijn burens dus.” Oudere bewoner Bilgaard, Leeuwarden

“Als je een keertje hulp nodig hebt dan kun je gewoon aankloppen bij de burens, en andersom ook. Dat weten we heel zeker. Dat kan makkelijk.” Oudere bewoner De Verbinding, Zeevang

Veel respondenten geven aan dat zij bij praktische maar ook emotionele of sociale problemen en beperkingen ondersteund worden door burens en buurtgenoten van alle leeftijden en achtergronden. Emotionele steun wordt verleend bij het verlies van dierbaren en andere ingrijpende levensgebeurtenissen. Praktische steun is vooral functioneel voor het behoud van zelfredzaamheid. Burens doen een boodschap voor je of begeleiden je naar de huisarts. De grafieken 7-1 en 7-2 laten zien hoe vaak er contact is met burens, en hoe tevreden ouderen zijn over de frequentie van die contacten.



Figuur 7-1: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête aangeven hoe vaak ze contact hebben met buren (2011).



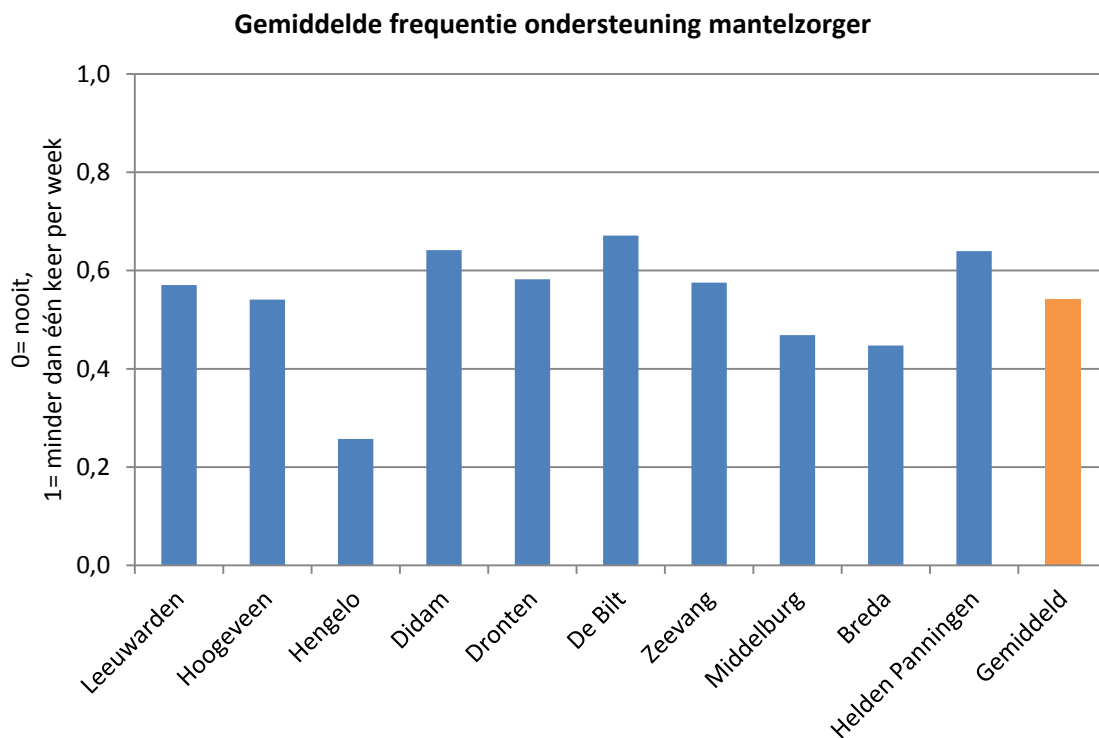
Figuur 7-2: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête de tevredenheid over het contact met buren aangeven (2011).

Deze steun helpt om het dagelijks leven thuis vol te houden. Soms gaat de bereidheid om te ondersteunen zo ver dat men erop aangekeken wordt geen hulp te hebben gevraagd. Evenwel vinden veel ouderen het lastig om daadwerkelijk een beroep op anderen te doen, dus hulp te

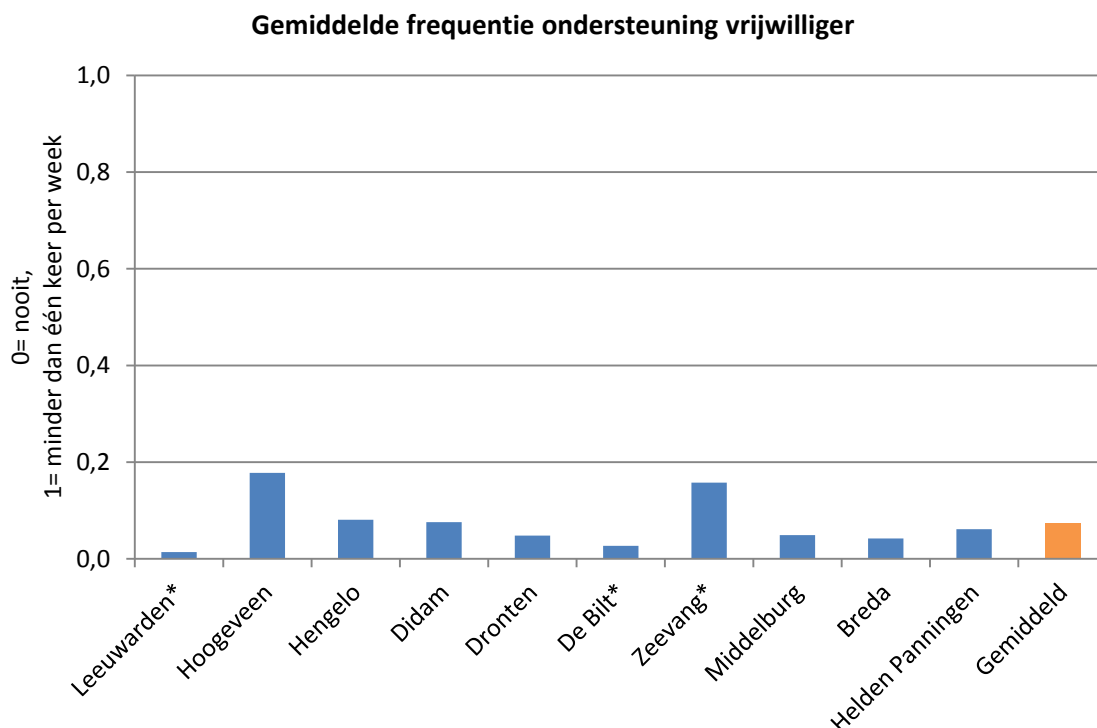
vragen (vraagverlegenheid). Ondersteuning wordt door een ouder echtpaar vaak pas geaccepteerd als beide partners het niet meer kunnen opvangen.

Uit de narratieven blijkt dat ouderen hechten aan wederkerigheid in het maatschappelijk verkeer. Het voelt voor hen niet prettig om vanuit een afhankelijke positie slechts ontvanger van zorg en ondersteuning te zijn. Zij hebben de behoefte om ook iets terug te kunnen doen. De vorm van deze bijdragen kan variëren van het ondersteunen van anderen of vrijwilligerswerk tot het fungeren als ogen en oren van de wijk. Ouderen geven al invulling aan die wederkerigheid, want we vonden dat in de woonservicegebieden een op de vijf vrijwilligerswerk doet (voor het overgrote deel in de eigen buurt), 6,5% geeft mantelzorg, en 5,1% doet beide. Maar er is dus behoefte om meer te doen.

Uiteraard ontvangen ouderen ook ondersteuning van naaste familieleden, in de eerste plaats van hun partner. In veel gevallen gaat het dan om mantelzorg. Voor partners is mantelzorg soms heel zwaar: uit een enkel verhaal spreekt zelfs een zekere opluchting als een partner na een langdurig ziekteproces komt te overlijden. De door kinderen verleende zorg varieert van de was doen tot persoonlijke verzorging. Over de aard en de frequentie van deze zorg zijn in veel gevallen duidelijke afspraken gemaakt. De grafieken 7-3 en 7-4 laten zien hoe vaak ouderen in de woonservicegebieden gebruik maken van mantelzorg en van vrijwilligers.



Figuur 7-3: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête aangeven ondersteuning te ontvangen van een mantelzorger (2011).



Figuur 7-4: Gemiddelde score van ouderen die in de enquête aangeven ondersteuning te ontvangen van een vrijwilliger (2011).

In relatie tot burenhulp viel in Hengelo het begrip ‘noaberschap’, dat verwijst naar betrokkenheid op elkaar als directe noabers (buren). Enerzijds geven ouderen hier aan dat ze het noaberschap niet meer zo sterk ervaren als vroeger; anderzijds geven ze aan dat ze nog altijd iets voor elkaar te kunnen en willen betekenen. Maar ook in de andere proeftuinen is er sprake van noaberschap. In Zeevang bijvoorbeeld is burenhulp is een zekere factor. In Hogeveen en Leeuwarden ondersteunen ouderen anderen actief en ontvangen zelf ook ondersteuning door anderen. In Hogeveen merkt men wel dat het potentieel aan steun afkalft naarmate meer mensen in dat netwerk komen te overlijden. In Middelburg vinden mensen het erg lastig om burens of vrienden in te schakelen. Men wil anderen niet verplichten.

Ten aanzien van wederkerigheid wordt in Breda en Didam opgemerkt dat de gegeven steun wel moet passen bij de eigen mogelijkheden en beperkingen. In Hogeveen wordt wat kritischer tegen het thema wederkerigheid aangekeken. Men vindt dat wederkerigheid niet los te zien is van sociale controle; mensen handelen toch vanuit ideeën over ‘hoe het hoort’. In feite is men veel op zichzelf, en bij samen iets ondernemen telt het sterk met wie dat is.

Bij het onderzoek is de hypothese opgesteld dat ouderen in een woonservicegebied meer gebruik maken van informele zorg dan daarbuiten. Voor het toetsen van deze hypothese hebben we een model gehanteerd (figuur 7-5), er van uitgaat dat de omvang van informele zorg wordt voorspeld door de beperkingen van ouderen. Als uitkomstmaat is een latente variabele geconstrueerd, uit de antwoorden over het gebruik van mantelzorg en vrijwilligerswerk.



Figuur 7-5: Kwantitatief analysemodel voor informele zorg.¹³

Deze hypothese kan niet getoetst worden voor alle woonservicegebieden ten opzichte van hun controlegebieden. Het materiaal van de GGD'en in Oost Nederland laat zien dat gezondheid (des te slechter de gezondheid, des te meer mantelzorg), belemmeringen (des te meer belemmeringen des te meer mantelzorg) en inkomen (des te beter de financiële situatie des te minder mantelzorg) een significante hoeveelheid van de variatie in de hoeveelheid mantelzorg die men krijgt voorspellen. Het hebben van een partner en de tevredenheid over de contacten niet. Hoe beter de financiële situatie, hoe minder mantelzorg wordt ingezet voor persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en administratie, en hoe minder vaak door partner of kind.¹⁴ Voor de proeftuinen in Didam en Hengelo moet de hypothese echter verworpen worden, want er is geen verschil met de vergelijkingsgebieden in het gebruik van mantelzorg, ook niet in het type mantelzorg of degene die het geeft.

Bij analyse van de verschillen in het gebruik van informele zorg tussen de woonservicegebieden onderling vinden we dat de respondenten in Zeevang en Hoogeveen meer informele zorg ontvangen dan in Hengelo. Wanneer we de arrangementen in deze proeftuinen vergelijken (zie bijlage 1) zien we niet zozeer duidelijke verschillen in de support voor informele zorg, maar wel in de aanwezigheid van een integraal wijkzorgteam: dit is er wel in Hengelo, niet in Zeevang en Hoogeveen. Dit is een aanwijzing dat er sprake is van substitutie: bij een goed functionerend wijkzorgteam zouden ouderen minder gebruik (behoeven te) maken van informele zorg.

Verder blijkt dat beperkingen (hoe meer beperkingen hoe meer informele zorg; $\beta = 0,290$), het hebben van een partner (mensen met een partner ontvangen minder informele zorg; $\beta = -0,058$) en de financiële situatie (hoe beter de financiële situatie, des te minder

¹³ Zie bijlage 5 voor de operationalisering van dit model.

¹⁴ In de GGD Monitor wordt gemiddeld wordt bij 0,1% van de ouderen die mantelzorg ontvangt deze gegeven door ouder(s) van de oudere, bij 2,6% door familieleden (niet partner of kind), bij 4,4% door buur of vriend, bij 8% door partner en bij 14,3% van de ouderen door een kind.

informele zorg; $\beta = -0,062$) het krijgen van informele zorg significant voorspellen. De profielen voorspellen de hoeveelheid informele zorg niet significant. Dat ouderen met hogere inkomens minder informele zorg ontvangen kan betekenen dat zij beter in staat zijn formele zorg te krijgen - dat zou een effect kunnen zijn van het grotere sociaal kapitaal van ouderen met hogere inkomens. Een andere verklaring kan zijn dat zij beter in staat zijn betaalde privé hulp in te schakelen. In verschillende proeftuinen hebben we aanwijzingen gevonden dat vooral dit laatste een plausibele verklaring kan zijn. De analyse van de enquête wijst uit dat naarmate de financiële situatie beter is, minder gebruik wordt gemaakt van informele hulp voor huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, gezelschap, administratie en klusjes in huis. De aard van het effect geeft eerder aanleiding te veronderstellen dat ouderen met hogere inkomens meer privé hulp inkopen, dan dat zij betere toegang hebben tot formele zorg.

Ter afsluiting van deze paragraaf worden enkele vraagpatronen weergegeven die betrekking hebben op het thema ondersteuning door nabije personen. De vraagpatronen worden afgebeeld als behoefte-logica's van oudere bewoners in termen van wat bewoners *eisen*, *willen*, *nodig hebben*, en *kunnen bijdragen*.

Vraagpatroon Hoge Vucht, Breda: De lamme houdt de kreupele staande

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Betekenisvol zijn in het leven van anderen	Gewaardeerd worden	Mogelijkheden om ondersteuning te kunnen bieden	Naar vermogen anderen helpen

Vraagpatroon Beuningen: Een goede buur is beter dan een verre vriend, maar is geen vriend

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Er wordt op je gelet; je wordt gezien	Aandacht, hulp en ondersteuning van burens bij dagelijkse zaken en in noodgevallen	Zekerheid van functioneel contact met burens en buurtbewoners	Draagt bij aan aanwezigheid in en overzicht over de buurt; waakzaamheid en oppassen; waarnemen voor werkenden

Vraagpatroon Krakeel, Hoogeveen: Regie over je netwerk

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Kwaliteit van leven	Zichzelf temidden van en met hulp van anderen kunnen handhaven	Voldoende en gevarieerde schakels in het netwerk	Zelf ook een functionele schakel zijn; zelfredzaamheid; regie

7.3 Ondersteuning door zorgprofessionals

“[Hoe kijkt u terug op die hulp die u heeft ontvangen. Wilt u me daar over vertellen? Hoe vond u dat?] Het lost zich gewoon, de kinderen hebben het gedaan. De kinderen die bellen instanties op, waar ze zijn moeten en wie er voor aan te schrijven. Omdat ze zelf ook in diverse diensten de weg weten. Nou en dan eh, begint het balletje vanzelf te rollen. En dan krijg je van maatschappelijk werk hier en van we hebben oudere adviseuze en via die, ja via de gemeente dat je aan alle materiaal hulpmiddelen enzovoort enzovoort komt, dus je gaat dan automatisch, val je dan van het een in het ander.” Oudere bewoner Meulenvelden, Didam

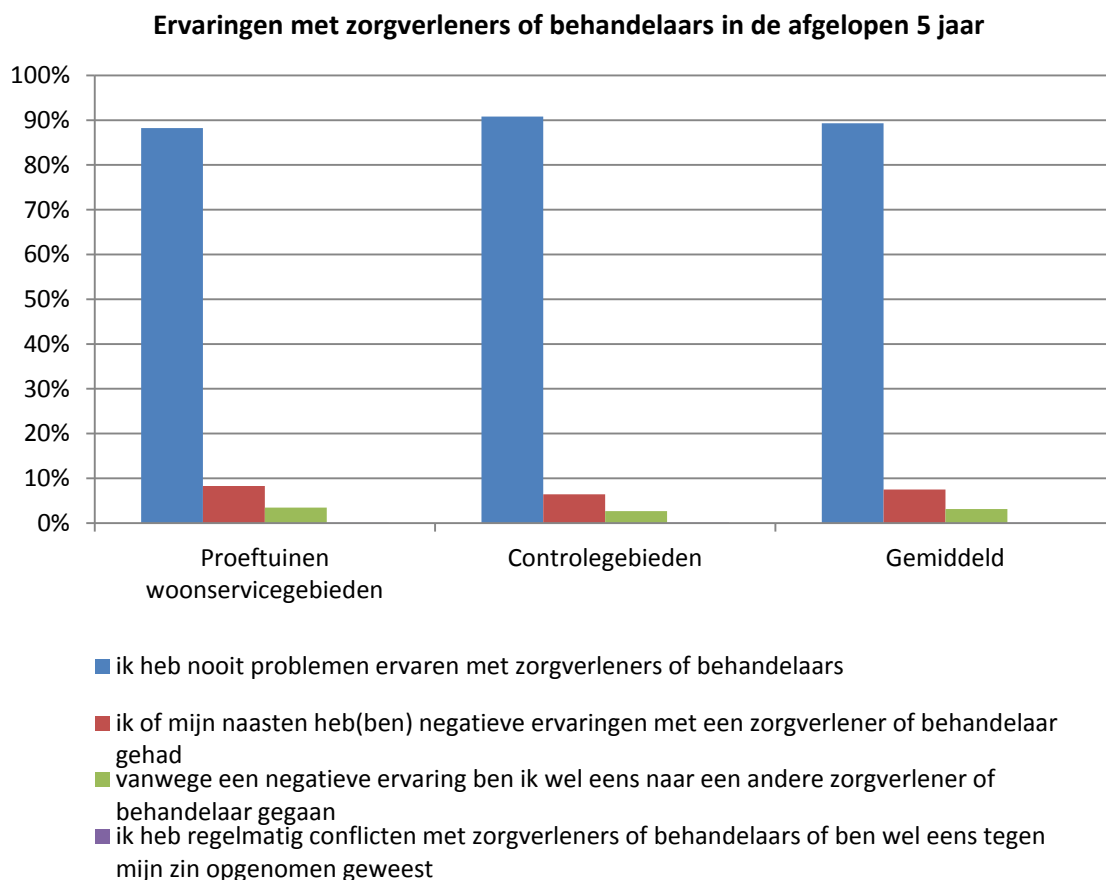
“Kousen aan- en uitdoen, steunkousen. Die komen 's morgens en die komt 's avonds weer. Dat vind ik heel fijn. Ja eh heel gezellig hoor. Drinken ze een kopje koffie mee ofzo.” Oudere bewoner Middelburg Noord-Oost

“Dat vind ik een heel goede dokter. Die tot en met in het ziekenhuis eh in Purmerend bekend staat als een goede huisarts omdat ie alles serieus neemt.” Oudere bewoner De Verbinding, Zeevang

Tevredenheid met professionele zorg

De ouderen spreken zich relatief weinig, en bovendien weinig expliciet, uit over de kwaliteit van de ontvangen professionele zorg, zeker in vergelijking met wat ze te vertellen hebben over hun woonsituatie en het welbevinden. Hieruit kunnen we opmaken dat ouderen over het algemeen tevreden zijn. Dit blijkt ook uit de enquête, want meer dan 95% van de ouderen in de woonservicegebieden zegt alle zorg te krijgen die zij nodig hebben – dit geldt overigens ook in de controlegebieden.

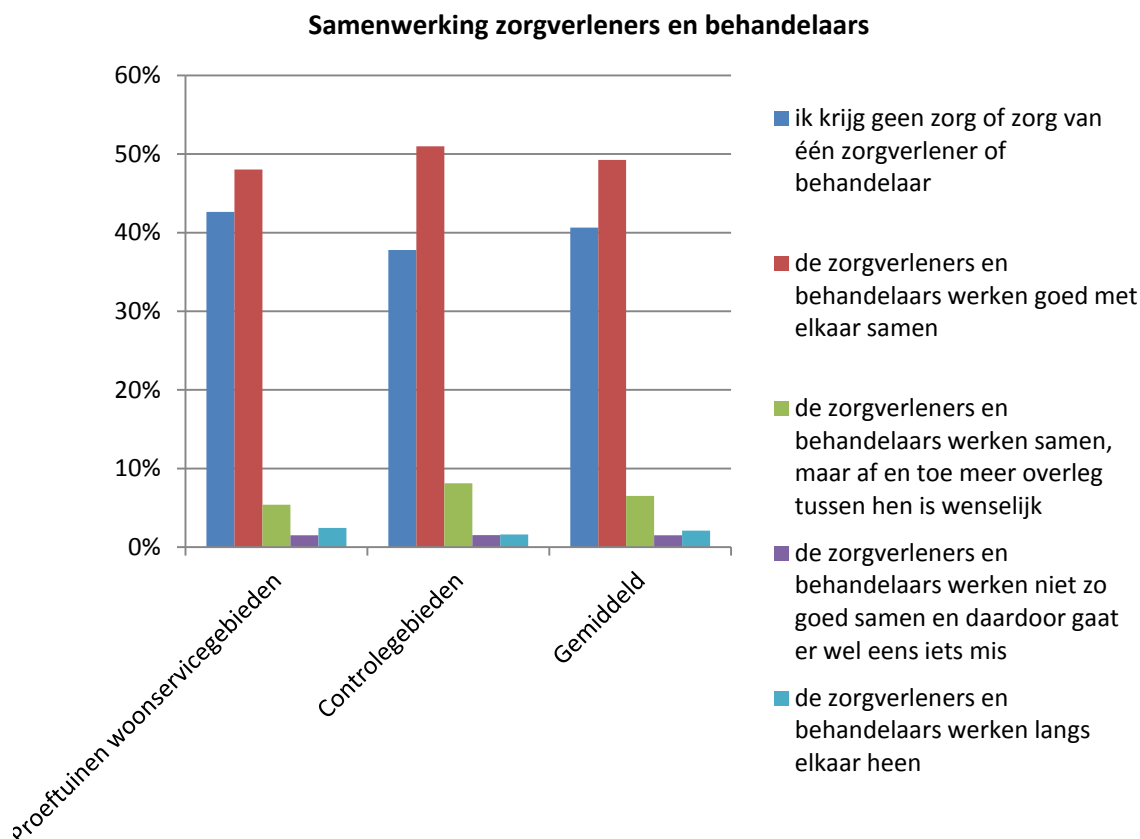
Klachten en problemen, zoals een aanvaring met een zorgprofessional lijken eerder incidenteel dan structureel van aard. Dit ligt in lijn met de uitkomsten van de enquête zoals weergegeven in figuur 7-6, hoewel het vanzelfsprekend belangrijk is negatieve ervaringen nog verder terug te dringen. Daarbij kan ook mee spelen dat er sociaal wenselijke antwoorden gegeven worden omdat ouderen niets slechts willen zeggen over de zorg, bijvoorbeeld vanuit een gevoel van dankbaarheid.



Figuur 7-6: Ouderen die in de enquête aangeven of ze negatieve ervaringen hebben gehad de afgelopen vijf jaar met zorgverleners of behandelaars (2011).

In Middelburg en Zeevang vindt men dat het regelen en ontvangen van de zorg sneller moet kunnen, dat is nu ingewikkeld. Het is niet altijd duidelijk waar je wat moet aanvragen en aan welke criteria je moet voldoen. Instanties zijn goed bereikbaar maar het duurt lang voordat men uiteindelijk wordt geholpen.

Aansluitend bij deze verhalen laten we nu enkele uitkomsten van de enquête zien, waar is gevraagd naar het oordeel over de samenwerking tussen instanties, de uitkomsten staan in figuur 7-7. In deze – niet voor populatieverschillen gecontroleerde – uitkomsten lijkt het oordeel over de samenwerking tussen zorgverleners en behandelaars in de woonservicegebieden wat minder gunstig dan in de controlegebieden.



Figuur 7-7: Ouderen die in de enquête aangeven in welke mate zorgverleners en behandelaars samenwerken (2011).

We gaan nog wat dieper in op de ervaringen van ouderen met de samenwerking van zorgverleners, omdat deze samenwerking door de initiatiefnemers als een belangrijk bestanddeel van het arrangement in woonservicegebieden wordt gezien. Wanneer we de scores over de tevredenheid over de samenwerking herrekenen door alleen de antwoorden mee te nemen van ouderen die daadwerkelijk te maken hebben met meerdere zorgaanbieders blijken woonservicegebieden en controlegebieden niet van elkaar te verschillen in het antwoord ‘goede samenwerking’ (ongeveer 83%) en ‘werken niet zo goed samen en daardoor gaat er weleens wat mis’ (2,5%). De woonservicegebieden scoren wat beter (maar niet significant) op ‘samenwerking maar af en toe meer overleg wenselijk (9,4% tegenover 13%) , en wat minder goed op ‘langs elkaar heen werken’ (4,9% tegenover 2,6%) met meerdere zorgaanbieders. Wanneer we de herrekende variabelen opnemen in het (hierna verder te bespreken) model blijken woonservicegebieden en controlegebieden niet significant van elkaar te verschillen wat betreft de tevredenheid met de zorg.

Bij vergelijking van de proeftuinen op deze herrekende variabelen wordt de samenwerking in Hengelo significant beter beoordeeld, en in de Bilt slechter. In Helden-Panningen wordt significant vaker gemeld dat aanbieders langs elkaar heen werken. De uitkomsten voor Hengelo en Helden-Panningen liggen in lijn met de kenmerken van het arrangement met betrekking tot integrale wijkzorgteams (nog maar deels gerealiseerd in Helden-Panningen) en afstemming met de eerste lijn. De uitkomst voor de Bilt is consistent met de door de initiatiefnemers genoemde aanleiding om met het project MENS in deze proeftuin te starten, maar niet met de informatie die professionals geven over de inmiddels gerealiseerde coördinatie en samenwerking.

Ook in meer brede zin is gevraagd naar de tevredenheid met de zorg, omdat een van de hypothesen in het onderzoek is dat ouderen in woonservicegebieden meer tevreden zijn met zorg dan ouderen buiten de woonservicegebieden. Bij vergelijking blijkt dat ervaringen met de zorg, kwetsbaarheid, (lichamelijke) beperkingen en het hebben van een partner (mensen met een partner zijn minder tevreden over de zorg) significante voorspellers zijn van de tevredenheid over de zorg. Dat geldt niet voor de meer psychische kant van beperkingen. Er is geen verschil tussen woonservicegebieden en controlegebieden, dus de hypothese moet verworpen worden. Het effect van toenemende (lichamelijke) beperkingen op het afnemen van de tevredenheid met de zorg blijkt wel te verschillen, maar dit wordt niet verklaard door het al dan niet in een woonservicegebied wonen.

Het blijkt bij onderlinge vergelijking van de woonservicegebieden dat kwetsbaarheid, beperkingen, het hebben van een partner en ervaringen met zorgverleners significante voorspellers zijn van de variaties in tevredenheid met zorg; dat geldt niet voor de mate van informele zorg. Ook blijkt dat het effect van kwetsbaarheid op de tevredenheid over de zorg verschilt tussen de proeftuinen. Dit effect lijkt minder sterk te zijn in Helden-Panningen, Hengelo en Hoogeveen. Voor Helden-Panningen en Hengelo is er een plausibel verband met de kenmerken van het arrangement, maar voor Hoogeveen ligt dat veel minder voor de hand. Er is ook geen verschil wanneer we onderscheid maken tussen woonservicegebieden met en zonder integraal wijkzorgteam. Deze uitkomsten vormen een aanwijzing dat tevredenheid met de zorg in ieder geval ook door andere variabelen wordt beïnvloed, die we niet in ons kwantitatieve onderzoek hebben betrokken. De narratieven wijzen bijvoorbeeld op de betekenis van bejegening, een vertrouwensband met zorgverleners, niet te sterke wisseling van personeel en de manier waarop ouderen informatie krijgen.

Ouderen hebben begrip voor personeelsproblemen in de thuiszorg, maar vinden het soms toch lastig om aan weer een nieuwe medewerker te moeten wennen respectievelijk weer alles opnieuw te moeten uitleggen, en om hulp aan huis te krijgen op een moment dat het eigenlijk niet schikt. Met thuishulpen die al langer komen ontstaat vaak een goede persoonlijke band.

Ook met de huisarts ontwikkelen veel ouderen een persoonlijke of vertrouwensband. De huisarts is voor bijna alle ouderen een eerste aanspreekpunt. Als de huisarts ter sprake komt is dat in verreweg de meeste gevallen in positieve zin.

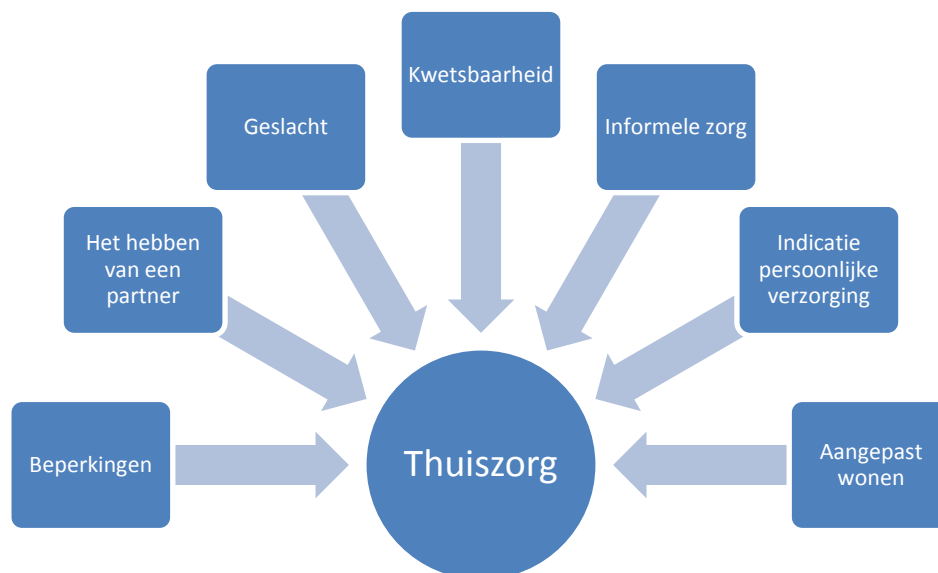
Over het contact met huisartsen wordt in De Bilt opgemerkt dat jonge artsen beter communiceren; in Hoogeveen vindt men juist dat het lang duurt voordat een nieuwe (jonge) arts hen begrijpt. In Middelburg vindt men de relatie met artsen nu gelijkwaardiger dan vroeger.

In referentiegebied Beuningen vindt men dat zorgprofessionals proactiever zouden kunnen informeren naar hoe het met hen gaat.

Gebruik van professionele zorg

Over het gebruik van professionele zorg zijn in het hoofdstuk 2 twee hypothesen geformuleerd.

De eerste is dat ouderen in woonservicegebieden meer gebruik maken van thuiszorg dan daarbuiten. Als uitkomstmaat is een latente variabele geconstrueerd op basis van de variabelen in de enquête voor het gebruik van verpleegkundige thuiszorg, huishoudelijke hulp en thuiszorg. Het model voor de analyse staat in figuur 7-8.



Figuur 7-8: Kwantitatief analysemodel voor thuiszorg.¹⁵

Bij een vergelijking van de woonservicegebieden en hun vergelijkingsgebieden zien we geen verschil in het aantal uren Huishoudelijke hulp, Persoonlijke verzorging en Verpleegkundige hulp per week per cliënt. Het is te beredeneren (zie de Effectenarena in hoofdstuk 2) dat het aantal uren per cliënt in een goed functionerend woonservicegebied lager is dan daarbuiten, omdat het arrangement tot hoger welbevinden en lagere zorgbehoefte leidt, en omdat de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers beter naar de ouderen worden geleid. We duiden dit aan als de ‘informele substitutie-impuls’ Maar het kan ook zijn dat een beter georganiseerd ouderenadvies, integrale wijkteams, samenwerking met de eerstelijns en dergelijke onderdelen van het arrangement er toe leiden dat de zorgvraag van ouderen eerder door professionals wordt onderkend, en vertaald in meer of hogere indicaties binnen een bepaalde leeftijdsklasse. Dat duiden we aan als de thuiszorgimpuls. Vooralsnog kunnen we echter alleen vaststellen dat er tussen de woonservicegebieden en de vergelijkingsgebieden geen verschillen zijn in het aantal uren thuiszorg per cliënt.

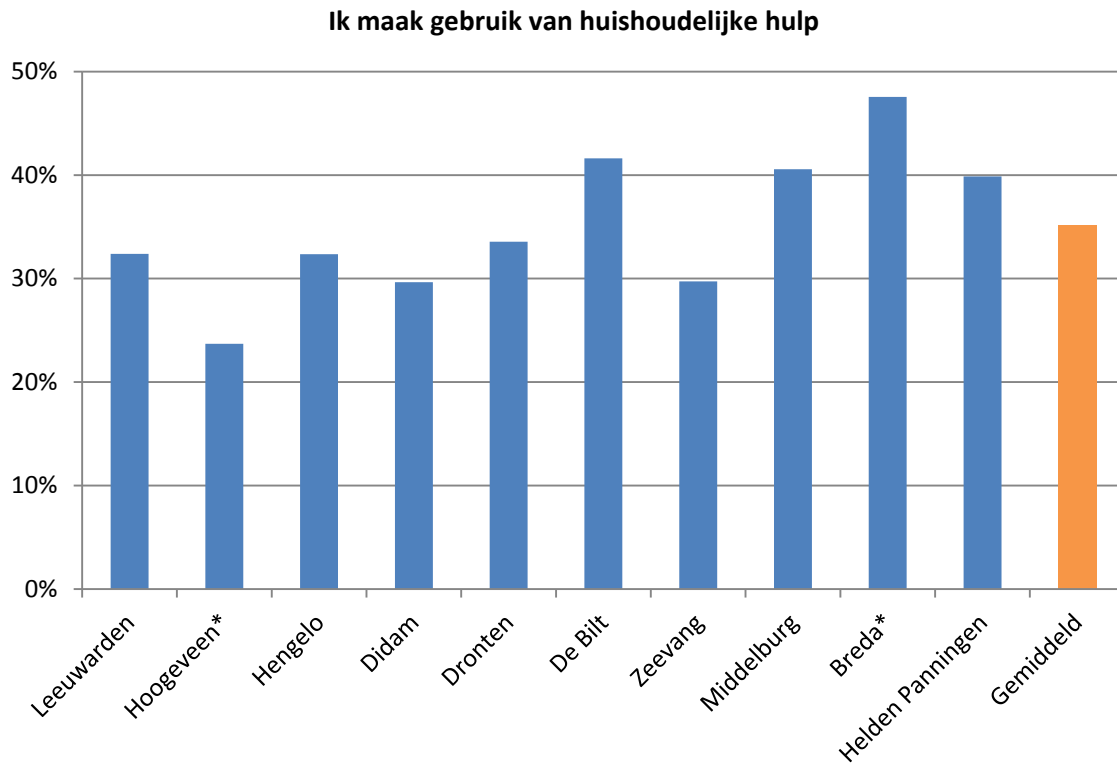
Uit de gegevens van de Monitor Ouderen van de GGD’en in Oost Nederland is helaas geen directe uitkomstmaat voor thuiszorg af te leiden. Wel laat de monitor zien dat in Didam de substitutie-impuls zwakker is dan in haar vergelijkingsgebieden, wat dit betreft zou het arrangement in Didam dus minder goed functioneren dan in de vergelijkingsgebieden die geen woonservicegebieden zijn. De minder sterke substitutie-impuls leiden we af uit het (mindere) gebruik dat ouderen maken van advies en voorlichting, hulp in en om huis van een vrijwilliger en ondersteuning bij het geven van mantelzorg, rekening houdend met de variabelen die significant zijn in het voorspellen van het gebruik van de voorzieningen in deze substitutie-impuls, te weten belemmeringen en het hebben van een partner. Des te meer belemmeringen, des te lager het gebruik, en mensen met een partner gebruiken ook minder.

Bij vergelijking van de woonservicegebieden met de controle gebieden vinden we dat beperkingen, kwetsbaarheid en het hebben van een partner (in dat geval minder thuiszorg) het gebruik van thuiszorg significant voorspellen. Na controle voor deze variabelen blijkt dat er geen

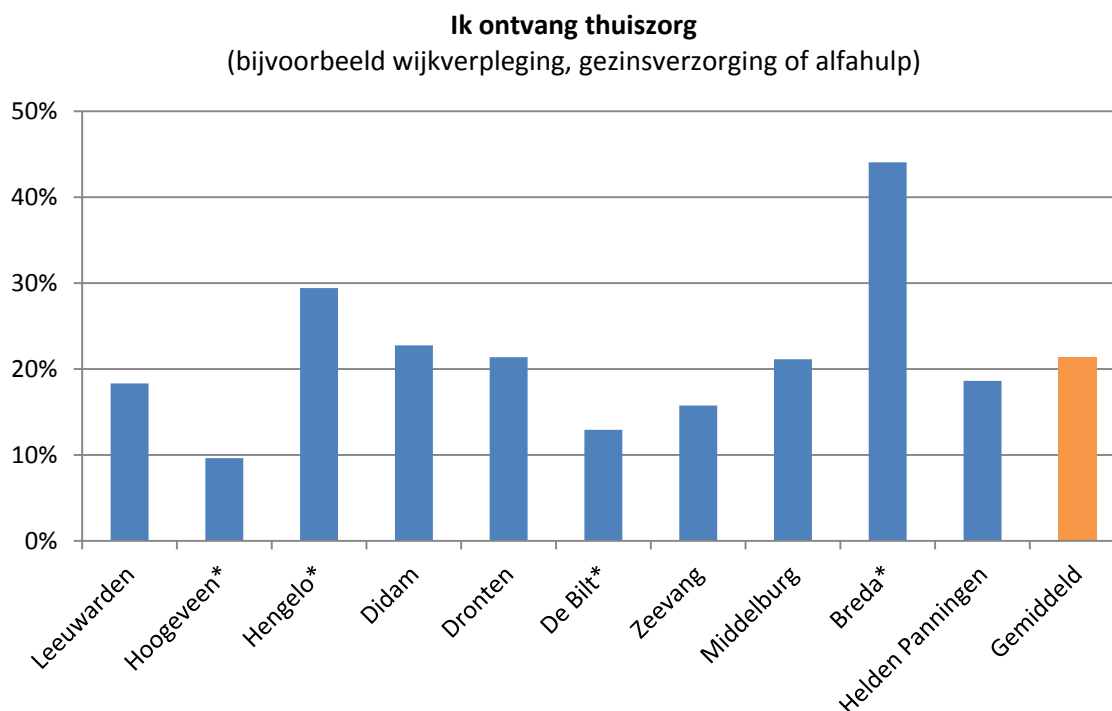
¹⁵ Zie bijlage 5 voor de operationalisering van dit model.

verschil is tussen de woonservicegebieden en de controlegebieden in het gebruik van thuiszorg; de hypothese moet dus verworpen worden.

Tussen de woonservicegebieden onderling bestaan aanzienlijke verschillen in het gebruik van huishoudelijke hulp en het ontvangen van thuiszorg (zoals wijkverpleging, gezinsverzorging of alfahulp). We zien dat aan de twee grafieken 7-9 en 7-10.



Figuur 7-9: Ouderen die in de enquête aangeven gebruik te maken van huishoudelijke hulp (2011).



Figuur 7-10: Ouderen die in de enquête aangeven thuiszorg te ontvangen (2011).

Kwetsbaarheid en beperkingen voorspellen het gebruik van thuiszorg significant, net als het gebruik van informele zorg (hoe meer informele zorg hoe meer thuiszorg). Dit is een interessante uitkomst deze gaan dus gelijk op. Dat betekent dat de eerder veronderstelde werking van een substitutie-impuls niet wordt bevestigd door de uitkomsten van de enquête. De consequentie zou kunnen zijn dat er bij ouderen minder ruimte is om thuiszorg door informele zorg te substitueren dan in de effectenarena is verondersteld. We zien daarnaast dat mensen met een partner minder thuiszorg ontvangen – er wordt dus duidelijk een beroep gedaan op de capaciteiten van partners als mantelzorgers, en dit wijst weer wel in de richting van substitutie, ware het niet dat mensen met een partner ook minder mantelzorg ontvangen. Bij deze enigszins tegenstrijdige uitkomsten speelt wellicht een rol dat mensen met een partner de inzet van die partner minder gauw zullen aanmerken als mantelzorg, zij zullen waarschijnlijk meer handelingen als ‘normaal’ onderdeel van de gezamenlijke huishouding beschouwen. Wat ook niet uit te sluiten is, is dat dit effect te maken heeft met een vorm van niet willen toegeven aan beperkingen. Soms schaamt men zich voor beperkingen, en is de verzorgende partner goed in staat om gebreken (ouderdomsziekten zoals beginnende alzheimer) te verbergen uit een soort ontkenning van de situatie. Oftewel: met partner slaagt het paar erin om voor de buitenkant de schone schijn op te houden terwijl er veel verborgen leed wordt weggepoetst.

Verder blijkt dat mensen met een indicatie voor persoonlijke verzorging ook vaker thuiszorg ontvangen. Meer opvallend is de uitkomst dat des te beter de woning aangepast is, des te minder thuiszorg ouderen ontvangen. Dit is een relevante uitkomst voor beleid, want het is een aanwijzing dat aanpassing van woningen niet alleen effect heeft op het uitstellen of voorkomen van intramuraal verblijf, maar mogelijk ook op het volume en de kosten van thuiszorg. Of mensen in een gewone woning of een aanleunwoning wonen maakt geen verschil.

De woonservicegebieden verschillen in het effect dat het krijgen van informele zorg heeft op het krijgen van thuiszorg. In Dronten is dat effect het sterkst, gevolgd door Didam en Helden-

Panningen. In Hoogeveen is dit effect het zwakst, daar lijkt het qua sterkte op dat in Breda, alleen is er in Breda een hoger algemeen gebruiksniveau van thuiszorg. Het is aannemelijk dat het verschil tussen de extremen Dronten en Hoogeveen verklaard wordt door de infrastructuur voor het ondersteunen en stimuleren van informele zorg. In Dronten is veel advies en informatie, een servicepunt, werken meerdere adviseurs voor ouderen die deels op cliëntniveau afstemmen, coördinatie vrijwilligers in het woonservicegebied. Een ander verschil is dat een belangrijk deel van de thuiszorg in Dronten wordt aangeboden door de in het woonservicegebied gevestigde (intramurale) aanbieder die sterk heeft ingezet op extramuralisering. In Hoogeveen is minder van deze infrastructuur, wordt het vrijwilligerswerk alleen gemeentebreed gecoördineerd, en wordt thuiszorg voor een belangrijk deel geleverd door een niet -wijkgebonden zorgaanbieder. Daarom is het aannemelijk dat ouderen in Dronten beter gekend en bekend zijn voor wat betreft mogelijkheden van het combineren van informele en formele zorg. Dat zou impliceren dat in Hoogeveen wellicht mogelijkheden voor het benutten van informele zorg in combinatie met thuiszorg worden gemist. In Breda is het effect van de toename van informele zorg op meer gebruik van thuiszorg even zwak (in vergelijking met andere proeftuinen, in het bijzonder Dronten) als in Hoogeveen, alleen ligt het gebruik van thuiszorg op een hoger niveau. De eerder genoemde infrastructuur voor het combineren van thuiszorg en informele zorg is in Breda wat beter dan in Hoogeveen, maar er blijft een verschil met Dronten. Het hogere niveau in Breda ten opzichte van Hoogeveen kan niet verklaard worden door inkomen (hiermee is al rekening gehouden in de analyse), wel door de beter ontwikkelde ondersteuning en advisering, en mogelijk structurele verschillen in gemeentelijk beleid.

De verschillen tussen de proeftuinen geven aanleiding te veronderstellen dat in dorpen het effect van de omvang van informele zorg op het niveau van thuiszorg sterker is dan in stedelijke proeftuinen, maar uit de analyses blijkt dat de verschillen tussen de woonservicegebieden niet samenhangen met stedelijkheid of het onderscheid tussen stad of dorp. Voor zover de verklaring in betere infrastructuur ligt, laten de arrangementen zien dat deze infrastructuur inderdaad zowel in dorpen als in meer stedelijke woonservicegebieden kan worden opgezet.

Als beleidsconsequentie zien we dat goede communicatie tussen ouderen, professionals, mantelzorgers en vrijwilligers een voorwaarde is om het beste te kunnen maken van combinatie informele zorg en thuiszorg.

Dat is belangrijk om informele inzet waar mogelijk te mobiliseren en te ondersteunen (dat is waar ouderen zich veelal zelf voor uitspreken, mits het 'te doen' blijft, en het kan ook bijdragen aan besparing op zorgkosten), en tegelijk overbelasting van zowel het informele als het formele systeem te voorkomen. In lijn hiermee en vanuit de constructivistische opvatting dat de werkelijkheid meervoudig is, zijn de schijnbaar inconsistente beelden over samenwerking en coördinatie tussen instanties van ouderen, professionals en beleidsmakers op te vatten als een argument voor het gezamenlijk doorontwikkelen van arrangementen zoals bedoeld in het woonservicegebied. Als de perspectieven van de verschillende belanghebbenden met open vizier worden betrokken in een coconstructief proces zal een gezamenlijke opvatting ontstaan over wat goede afstemming en goede zorg en ondersteuning inhoudt. De exercities met handelingsperspectieven tijdens de transdisciplinaire bijeenkomsten waarin gezamenlijke deliberatie op de narratieve vraagpatronen met betrokken ouderen, professionals en beleidsmakers centraal stonden, laten zien dat een dergelijke aanpak veelbelovend is.

De tweede hypothese die we in dit hoofdstuk toetsen is dat ouderen in woonservicegebieden minder gebruik maken van zorgprofessionals. Hierbij is voor de enquête onderscheid tussen een aantal typen zorg, te weten: huisartsen, specialisten, ziekenhuisopnamen, paramedische zorg en psychosociale zorg. Het model dat bij deze analyses is gebruikt staat in figuur 7-11. We kijken steeds eerst of de hypothese kan worden bevestigd voor de vergelijking van woonservicegebieden en controlegebieden, daarna of er relevante verschillen zijn tussen de proeftuinen.



Figuur 7-11: Kwantitatief analysemodel voor huisartsenzorg, specialist gebruik, ziekenhuisopname, psychosociale zorg en paramedische zorg.¹⁶

Bij het huisartsengebruik dragen de kwetsbaarheidprofielen, het hebben van beperkingen en het hebben van een partner allen bij aan het voorspellen van dit gebruik; SES en stedelijkheid spelen geen rol. Na controle voor deze variabelen is er geen significant verschil in huisartsengebruik tussen de woonservicegebieden en de controlegebieden.

Tussen de woonservicegebieden onderling zijn wel verschillen in huisartsengebruik gevonden, maar deze kunnen niet herleid worden tot relevant te achten verschillen in het arrangement van de proeftuinen, zoals het al dan niet aanwezig zijn van een huisarts in het gebied, het aanwezig zijn van een gezondheidscentrum, de bereikbaarheid van diensten, het inschakelen van wijkverpleegkundigen of betere advisering aan ouderen. Dat betekent dat andere aspecten een belangrijker invloed hebben op de verschillen in het huisartsengebruik (na controle voor beperkingen etc.), zoals wellicht de manier waarop de huisarts communiceert en zich ook als vertrouwenspersoon profileert, of een zekere ‘stoerheid’ in de lokale cultuur.

Er is ook geen verschil met de controlegebieden in de mate waarin ouderen gebruik maken van één specialist. Dit gebruik wordt alleen significant voorspeld door de mate van beperkingen. Hoewel rekening is gehouden met stedelijkheid zien we toch dat de gebieden met hoger specialist gebruik overwegend stedelijk zijn, die met lager overwegend dorps. Het zou kunnen zijn dat huisartsen in dorps setting minder verwijzen omdat zij zelf meer ‘all-rounder’ zijn, of omdat er minder specialisten in de buurt zijn. Het kan ook zijn dat dorpsbewoners (ook weer vanwege de afstand) vaker niet ingaan op suggesties om een specialist te raadplegen. Maar het kan natuurlijk ook aan afwijkende patronen van gezondheidsklachten liggen – voor dit laatste vonden we echter geen aanwijzingen bij een nadere analyse voor Didam en Hengelo (twee woonservicegebieden met behoorlijk uiteenlopend specialist gebruik) op basis van de gegevens uit de Monitor van de GGD’en in Oost Nederland.

Voor het overige is de uitkomst met betrekking tot het specialisten gebruik niet bijzonder verrassend, omdat dit effect in woonservicegebieden eerder als ‘bijvangst’ gezien kan worden dan

¹⁶ Zie bijlage 5 voor de operationalisering van dit model.

als een effect dat direct in verband staat met de doelstellingen van een woonservicegebied zoals weergegeven in de effectenarena's). Dat wil overigens niet zeggen dat zeker op langere termijn verwacht mag worden dat een goed werkend woonservicegebied stimulerend zou moeten zijn voor een gezondere leefstijl en andere preventieve effecten, zodat ouderen minder vaak een specialist hoeven te consulteren. Het is echter moeilijk hier uitspraken over te doen op basis van dit cross-sectionele onderzoek.

Ook bij het gebruik van meerdere specialisten zien we geen verschil met de controle gebieden. Dit gebruik wordt niet alleen door beperkingen voorspeld, maar ook door de kwetsbaarheidprofielen (waarin comorbiditeit een samenstellende factor is), en het hebben van een partner (vaker gebruik van meerdere specialisten). Dit laatste zou te maken kunnen hebben met het vaker voorkomen van zorgmijdend gedrag bij alleenstaande ouderen.

Met betrekking tot ziekenhuisopnames zien we dat deze significant hoger zijn in de controlegebieden dan in de woonservicegebieden. De enige voorspellende variabele is de mate waarin ouderen beperkingen hebben. Kijkend naar de aard van de arrangementen in de proeftuinen zou het kunnen zijn dat een meer integrale aanpak van zorg en ondersteuning, meer preventie en welzijnsactiviteiten er toe leiden dat ouderen beter in conditie blijven en beter 'in de gaten worden gehouden', zodat ziekenhuisopname minder vaak nodig is. Een andere verklaring zou kunnen zijn, dat het aandeel aangepaste / geschikte en toegankelijke woningen in de woonservicegebieden hoger is, waardoor ouderen in en om huis minder vallen. We hebben echter niet voldoende locatiespecifieke gegevens om deze veronderstelling te toetsen.

De woonservicegebieden verschillen niet van de controlegebieden in de mate waarin ouderen gebruik maken van paramedische of psychosociale zorg. Ongeacht het soort gebied lijkt er bij psychosociale zorg sprake te zijn van een effect van de mate waarin psychosociale zorg in het gebied geleverd wordt op de toename van het gebruik daarvan wanneer psychische beperkingen bij ouderen toenemen. Het lijkt er dus op dat niet alleen de vraag/behoefte van ouderen, maar ook de aanwezigheid van dit type zorg het gebruik beïnvloedt. Dat betekent dat er in lokaal beleid aandacht nodig is voor de ruimtelijke spreiding van dit type zorg, en voor het opsporen en slechten van barrières – zoals afstand of gebrekkige vervoersvoorzieningen – die ouderen er van kunnen weerhouden om psychosociale zorg te gebruiken.

Ter afsluiting van deze paragraaf laten we een vraagpatroon zien dat betrekking heeft op het thema ondersteuning door zorgprofessionals. Het vraagpatroon wordt afgebeeld als behoefte logica van oudere bewoners in termen van wat bewoners *eisen, willen, nodig hebben, en kunnen bijdragen*.

Vraagpatroon Helden-Panningen: Tijd + aandacht = positieve beleving zorg

Eisen	Willen	Nodig hebben	Bijdragen
Goede zorg, die op tijd geleverd wordt	Meer uitleg over hulpvraag	Eén aanspreekpunt voor de zorg (bijvoorbeeld huisarts). Meer rust en aandacht voor de persoon	Draagt bij aan het algemeen welbevinden van de oudere zowel somatisch als psychisch

7.4 Deelconclusie

Wanneer beperkingen en kwetsbaarheid toenemen komt er een moment dat ouderen ondersteuning en zorg nodig hebben om het zelfstandig wonen met behoud van voldoende kwaliteit van leven vol te houden. De verschillende maatregelen die initiatiefnemers van woonservicegebieden nemen om hiervoor faciliteiten te bieden vormen een belangrijk onderdeel van de – veelal software – van het arrangement. Over de effecten van die maatregelen hebben zij verwachtingen uitgesproken, die er in het algemeen van uitgaan dat het gebruik van (zwaardere) zorg kan worden uitgesteld, of gesubstitueerd door lichtere zorg dan wel informele zorg en ondersteuning. En de basis is natuurlijk dat geprobeerd wordt de eigen kracht en mogelijkheden van ouderen zo volledig mogelijk in te zetten.

Het beleven van eigen autonomie en regie is ook in relatie tot zorg en ondersteuning als een centraal thema uit de verhalen van de ouderen naar voren gekomen. Nooit horen we dat ouderen anderen inschakelen als dat eigenlijk nog niet nodig is, eerder is er sprake van aarzeling, het niet willen doen van een beroep op de omgeving omdat dat ook een nieuwe afhankelijkheid schept. Men wil niet als oud en zielig benaderd worden, er is een zekere vraagverlegenheid, soms ook vindt men dat de instanties moeilijk te benaderen zijn en is een zet nodig van kinderen, vrijwilligers of een bemiddelende professional. Een deel van de ouderen is ook behoorlijk assertief, reageert afwijzend op professionals die hen niet in hun waarde laten en voelt zich trots op wat men zelf regelt.

De eerste kring waar veel ouderen een beroep op (kunnen) doen - en ook bij voorkeur doen - zijn nabije personen zoals partners, familie, buren. Met die steun worden veel praktische, maar ook emotionele problemen opgelost. Een aspect dat veel ouderen daaraan verbinden is wederkerigheid, niet alleen nemen, maar ook naar eigen vermogen geven. We vinden dat terug in de aanzienlijke bijdrage van ouderen aan vrijwilligerswerk in de buurt, en in wederdiensten aan familie en buren, maar vaak voelt men zich niet voldoende erkend in die behoefte aan wederkerigheid – het representeert kapitaal dat nog onvoldoende wordt benut. De andere kant van de medaille is dat er grenzen zijn aan de belasting van het netwerk dat informele ondersteuning biedt, en dat ook niet alle ouderen over voldoende netwerk beschikken – en het netwerk wordt ook kleiner door overlijden van partners en andere vertrouwde personen. Belemmeringen kunnen tevens voortvloeien uit de eigen normatieve houding over hoe wederzijdse ondersteuning ingevuld zou moeten worden.

De professionele zorg komt naar verhouding weinig voor in de verhalen over het dagelijks leven van zelfstandig wonende ouderen, met uitzondering van de huisarts – die bij veel – niet alleen medische – problemen een belangrijk persoon is, en de verzorgers die bij de ouderen aan huis komen. In het algemeen zijn ouderen tevreden over de geboden professionele zorg, als er al kritiek is gaat het over bejegening, personele wisselingen, slechte bereikbaarheid van ziekenhuizen en onduidelijkheden over waar men terecht kan. Ouderen hebben geen zicht op wat er allemaal achter de schermen van een woonservicegebied gebeurt: als het voor hen werkt, is het goed.

We hebben op een aantal manieren de hypothesen over de werking van een woonservicegebied in relatie tot informele en professionele zorg en ondersteuning getoetst. Er zijn geen aanwijzingen dat ouderen in woonservicegebieden meer gebruik maken van informele zorg dan daarbuiten. Omdat een woonservicegebied een alternatief wil bieden voor intramuraal verblijf veronderstellen we dat ouderen hier meer thuiszorg gebruiken dan buiten de woonservicegebieden: ook deze hypothese moeten we verwerpen, zowel op grond van algemene statistische gegevens over de proeftuinen en hun vergelijkingsgebieden, als op grond van onze eigen enquête. Als laatste blijkt

ook dat ouderen in woonservicegebieden niet minder dan elders gebruik maken van huisarts, specialist(en) paramedische of psychosociale zorg. Wel is het aantal ziekenhuisopnames van ouderen in (of woonachtig in) woonservicegebieden significant lager dan daarbuiten. Uiteraard is bij al deze analyses gecorrigeerd voor variabelen die significant de betreffende uitkomstmaten voorspellen, in alle gevallen zijn dat beperkingen, soms ook de kwetsbaarheid (zoals bij het bezoeken van meerdere specialisten) en / of het hebben van een partner (bij huisartsengebruik en het bezoeken van meerdere specialisten).

De strekking van al deze analyses is duidelijk: er is – met uitzondering van de ziekenhuisopnames en de reeds in hoofdstuk 5 besproken aanwijzing dat in woonservicegebieden een groter aandeel van de ouderen extramurale AWBZ zorg krijgt – geen bevestiging gevonden van de hypothesen over het veronderstelde substitutie-effect. Anders gezegd: op het niveau van de individuele oudere zijn er nauwelijks verschillen in het patroon van (de combinatie van) informele en professionele zorg en ondersteuning van thuiswonende ouderen, maar het aantal ouderen dat er gebruik van maakt zal verschillen.

Naast verschuivingen in volume is ook verondersteld dat de tevredenheid over de zorg hoger zou liggen in woonservicegebieden. Zowel in de woonservicegebieden als in de controlegebieden zegt meer dan 95% van de ouderen dat zij alle zorg krijgen die zij nodig hebben, en er is tussen de beide soorten gebieden geen significant verschil, dat zelfde geldt voor de tevredenheid over de samenwerking van zorgaanbieders.

Na deze vergelijkingen tussen woonservicegebieden zijn ook de verschillen tussen de proeftuinen onderling geanalyseerd. Voor wat betreft substitutie van informele zorg en thuiszorg vinden we daarbij wel weer een enkele aanwijzing voor substitutie: respondenten in Zeevang en Hoogeveen ontvangen significant meer informele zorg dan in Hengelo; omdat in Hengelo een goed functionerend wijkzorgteam werkt, en in de andere twee proeftuinen minder, kan dit een aanwijzing zijn dat betere thuiszorg eerder een substituut is voor informele zorg, dan andersom. Over alle proeftuinen is het echter opvallend dat de veronderstelde substitutie niet wordt gevonden: het is juist zo dat het gebruik van informele zorg een hoger gebruik van thuiszorg voorspelt: beide gaan dus gelijk op. De sterkte van het effect verschilt echter per proeftuin, en het is aannemelijk dat het verschil onder andere samenhangt met de kwaliteit van de infrastructuur voor het ondersteunen en stimuleren van informele zorg. Een rivaliserende verklaring blijft dat verschillen vooral verklaard worden door de kwaliteit van de infrastructuur die thuiszorg ‘aan de man brengt’. Beide elementen komen in wisselende combinatie voor in de arrangementen.

Van belang is ook de relatie die gevonden is met het inkomen: ouderen die een hoger inkomen hebben maken minder gebruik van informele zorg; het is aannemelijk dat dit mede verklaard kan worden omdat zij meer mogelijkheden hebben om privé ondersteuning of diensten in te kopen. Een opvallende uitkomst is verder, dat ouderen in aangepaste woningen – na controle voor andere variabelen zoals beperkingen – minder gebruik maken van thuiszorg: dit is een aanwijzing dat woningaanpassingen bijdragen aan de zelfredzaamheid van ouderen, en niet alleen bijdragen aan het uitstellen van intramuraal verblijf, maar mogelijk ook aan het verminderen van het volume en de kosten voor thuiszorg.

De betekenis van deze uitkomsten voor lokaal beleid is dat het in de eerste plaats van belang is om in contact te komen en te blijven met de ouderen in een wijk, voeling te houden met hoe hun behoefte aan ondersteuning en zorg zich ontwikkelt en faciliteiten te bieden zodat zij hun eigen oplossingen kunnen vinden voor hun eigen hulpvraag. De kunst is om met hen de mogelijkheden van informele zorg zo goed mogelijk te benutten, maar te vermijden dat hun sociale systeem overbelast raakt. Daarvoor is een goed werkende infrastructuur nodig die mantelzorgers ondersteunt en van tijd tot tijd ontlast, maar ook tijdig passende thuiszorg weet te garanderen.

8. Doelmatigheid

In woonservicegebieden wordt, vanuit diverse arrangementen, geprobeerd betere resultaten te boeken voor ouderen. Daarbij richten de inspanningen zich op een verschuiving naar minder zware en/of ingrijpende vormen van ondersteuning. Zowel binnen de domeinen Zvw, AWBZ en Wmo, als op het raakvlak van deze domeinen, wordt geprobeerd doelmatiger met financiële middelen om te gaan.

Er zijn verschillende methoden om in kaart te brengen hoe de investeringen van (nieuwe) zorg- en dienstenverleningsconcepten zich verhouden tot de (financiële) opbrengsten, bijvoorbeeld het uitvoeren van een maatschappelijke kosten-batenanalyse of het toepassen van de methodiek social return on investment. De keuze is onder meer afhankelijk van de gewenste uitspraak en de mogelijkheden die er zijn op het gebied van data(verzameling). Het maakt bijvoorbeeld verschil of de effecten van een bepaalde investering al dan niet worden vergeleken met een nuloptie, ofwel de situatie waarin geen verandering is of wordt doorgevoerd. Ook maakt het uit of het een gerealiseerde of potentiële (financiële) opbrengst betreft. Bij het toepassen van deze methoden wordt veelal de volgende drieslag gehanteerd (SCP, 2002):

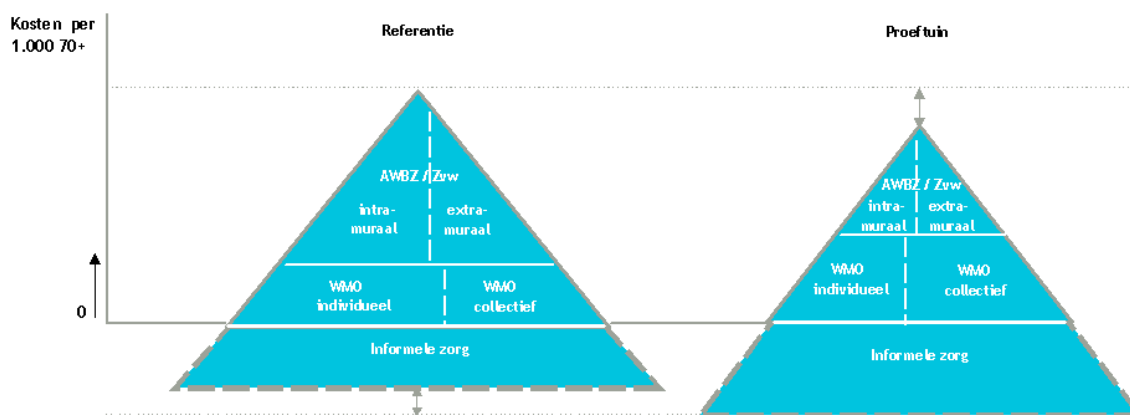
- Eerst wordt de reikwijdte van het onderzoek vastgesteld.
- Vervolgens worden de kosten- en batencategoriën bepaald.
- Dan vindt de operationalisatie en feitelijke meting plaats.

Ook als gaat het gaat om de doelmatigheid van woonservicegebieden is het van belang om zicht te krijgen hoe investeringen zich verhouden tot opbrengsten. Om hierover uitspraken te kunnen doen, is het van belang dat de input (de investeringen door diverse stakeholders), de output (de consumptie van zorg (Zvw, AWBZ, Wmo) en informele zorg) en de outcome (de tevredenheid en kwaliteit van leven) worden gekwantificeerd. Op basis hiervan kunnen de substitutie-effecten in kaart worden gebracht en kan een uitspraak worden gedaan over de doelmatigheid.

Bij het uitvoeren van de doelmatigheidsanalyse verdient het de voorkeur om te werken met een quasi-experimentele opzet met twee woongebieden, waarbij in beide gebieden een voormeting ($t=0$) en een nameting ($t=1$) wordt uitgevoerd, terwijl in één van de beide gebieden de stimulus woonservicegebied wordt toegediend.

Bij de gegevens die voor de tien proeftuinen en de diverse vergelijkbare gebieden is verzameld, is geen voormeting is uitgevoerd. Dit betekent dat een onderzoeksaanpak nodig is die uitgaat van een nameting ($t=1$), waarbij de zorgconsumptie in woonservicegebieden wordt vergeleken met de zorgconsumptie in referentiegebieden. Ook moeten woonservicegebieden onderling worden vergeleken, om na te gaan of de arrangementen (de wijze waarop wonen, welzijn en zorg in de woonservicegebieden georganiseerd zijn) van invloed zijn op de zorgconsumptie. Waar nodig en mogelijk kan gebruik worden gemaakt van landelijke gegevens op gebied van zorgconsumptie.

Het basisidee van deze aanpak is grafisch weergegeven in figuur 8-1. Hierin zijn de reductie in de kosten (verschuiving in omvang van formele (Zvw, AWBZ en Wmo) en informele zorgconsumptie, per 1.000 70-plussers) en substitutie-effecten terug te zien. De analyse van outcome-gegevens vindt plaats in het deelonderzoek naar de effectiviteit van woonservicegebieden.



Figuur 8-1: Reductie in kosten en substitutie-effecten (HHM, 2012).

De gegevens die in woonservicegebieden en vergelijkingsgebieden op het gebied van zorgconsumptie zijn verzameld hebben vooral betrekking op het aantal ziekenhuisopnamen, eventueel bezoek aan specialisten en huisartsen, het gebruik van paramedische zorg (Zvw), het aantal plaatsen in verpleeg- en verzorgingshuizen, het gebruik van persoonlijke verzorging en verpleging in de thuissituatie (intra- en extramurale AWBZ) en het gebruik van thuiszorg/huishoudelijke hulp, woningaanpassingen en informele zorg en ondersteuning (Wmo).

In de hoofdstukken 5, 6 en 7 van dit rapport zijn diverse hypothesen getoetst op het gebied van zorgconsumptie. De analyse richt zich vooral op het monetariseren van gevonden significante verbanden. De focus verschilt van het toepassen van een maatschappelijke kosten-batenanalyse of de methode social return on investment. In veel van deze studies wordt uitgegaan van veronderstelde effecten (een vorm van ‘droogredeneren’), waarbij alleen wordt gekeken naar mensen waarvoor een bepaalde interventie bedoeld is (bijvoorbeeld: 70-plussers die in aanmerking komen voor extramuralisering). In dit onderzoek wordt gekeken naar de daadwerkelijke effecten op de gehele populatie 70-plussers, waarbij we de gebieden waar een daadwerkelijke interventie heeft plaatsgevonden vergelijken met gebieden waarin dit niet het geval is.

Welke conclusies kunnen worden getrokken over de doelmatigheid van woonservicegebieden? Welke adviezen kunnen worden gegeven om de doelmatigheid van woonservicegebieden te vergroten?

Om een uitspraak te kunnen doen over de mogelijke doelmatigheidswinst van woonservicegebieden is het van belang eerst gevoel te krijgen bij de totale kosten van de ouderenzorg in Nederland. Daarom worden eerst enkele belangrijke kengetallen gepresenteerd. Vervolgens wordt een drietal significante verbanden doorgerekend die in dit onderzoek zijn gevonden. In de conclusies worden deze beide gecombineerd, waarna aanbevelingen worden geformuleerd voor (het vergroten van) de doelmatigheid van woonservicegebieden.

8.1 Enkele kengetallen ouderenzorg

In de verpleeg- en verzorgingshuiszorg en de thuiszorg gaat in Nederland landelijk €13,7 miljard om (bron: VVT feiten en cijfers Actiz, 2010). Zo'n €9 miljard heeft betrekking op de intramurale verpleeg- en verzorgingshuiszorg. Dit betreft ruim 200.000 cliënten. De AWBZ vergoedt diverse vormen van 'thuiszorg', namelijk verpleging, verzorging en begeleiding. Dit betreft op jaarbasis €3,4 miljard, exclusief de 'thuiszorg' die wordt gefinancierd met een Persoonsgebondenbudget. In 2012 ontvingen zo'n 800.000 mensen thuiszorg. De Wmo financiert huishoudelijke hulp in de thuissituatie. Landelijk betreft dit circa €1,3 miljard. De kosten in de sector verpleeg- en verzorgingshuiszorg en de thuiszorg stijgen vooral als gevolg van toenemende arbeidskosten.

Uit onderzoek blijkt dat 1 op 5 Nederlandse 65-plussers een vorm van langdurige zorg krijgt. Ruim 5% van de mensen krijgt dit in een instelling. Het aantal verpleeg- en verzorgingshuisdagen dat wordt geleverd door instellingen is van 2006 tot 2009 gestegen van 57,7 miljoen dagen naar 58,6 miljoen dagen. In dezelfde periode is het aantal thuiszorguren (AWBZ en Wmo) gestegen van 97 miljoen uren naar 105 miljoen uren. Het SCP heeft berekend dat op landelijk niveau in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg jaarlijks circa €600 miljoen aan zorgkosten wordt bespaard door de inzet van mantelzorg (bron: SCP, VeVeRa-IV 2012). Er zijn 117.000 gebruikers van mantelzorg die gezamenlijk ruim 57 miljoen uren mantelzorg ontvangen. Daarbij geldt dat 61,5% van de mantelzorgers 0 – 9 uur ondersteuning per week verleent aan familie en/of vrienden. Zo'n 14% van de mantelzorgers biedt 10 – 19 uur ondersteuning, terwijl de andere mantelzorgers meer dan 20 uur ondersteuning per week verlenen (bron: OECD, Health Data, 2011). Het percentage mantelzorgers dat zich overbelast voelt is van 2001 tot 2008 gestegen van een kleine 8% naar ruim 9% (SCP, Mantelzorg uit de doeken, 2010).

8.2 Doorrekenen significante verbanden

In het onderzoek naar woonservicegebieden zijn diverse hypothesen getoetst. Daarbij zijn enkele significante verbanden gevonden, waarbij er drie van belang zijn voor de doelmatigheidsanalyse van woonservicegebieden:

- In de woonservicegebieden zijn meer zelfstandig wonende ouderen van 70 jaar en ouder met gezondheidsproblemen dan buiten woonservicegebieden.
- Des te beter woningen aangepast zijn, des te minder zelfstandig wonende ouderen van 70 jaar thuiszorg ontvangen.
- In woonservicegebieden worden ouderen van 70 jaar en ouder met gezondheidsproblemen minder vaak opgenomen in het ziekenhuis dan buiten woonservicegebieden.

Het effect van deze significante verbanden op de doelmatigheid van woonservicegebieden wordt hieronder uitgewerkt.

In de woonservicegebieden zijn meer zelfstandig wonende ouderen van 70 jaar en ouder met gezondheidsproblemen dan buiten woonservicegebieden

In het onderzoek is onder meer nagegaan wat de verhouding is tussen het aantal 85-plussers in een woonservicegebied en het aantal intramurale plaatsen. Daarbij is de veronderstelling dat naar mate er meer 85-plussers per intramurale plaats in een woonservicegebied wonen, het aanwezige ondersteuningsarrangement beter in staat is deze mensen extramuraal te laten verblijven. De verhouding tussen het aantal 85-plussers en intramurale plaatsen verschilt per woonservicegebied en hun vergelijkingsgebieden. Dit heeft onder meer te maken met de aan- of afwezigheid van verpleeg- of verzorgingshuizen, demografische kenmerken, et cetera. Daarom wordt bij de bepaling van het doelmatigheidseffect uitgegaan van 5 a 10% beleidseffect. Dit betekent dat 5 a 10% van het verschil in de verhouding tussen het aantal 85-plussers en intramurale plaatsen wordt verklaard door het ondersteuningsarrangement in het woonservicegebied.

Het SCP heeft in 2004 becijferd wat de kosten en baten van extramuralisering van de ouderzorg zijn. Voor de V&V zijn twee categorieën cliënten in beeld gebracht: matig beperkte ouderen en ernstig beperkte ouderen. De baten voor de categorie 'matig beperkt' zijn becijferd op circa €6.000,- per jaar per oudere. De baten voor de categorie 'ernstig beperkt' zijn becijferd op circa €6.000,- per jaar per oudere. De doelmatigheidswinst die kan worden geboekt bij ernstig beperkte ouderen is volgens het SCP dus €10.000,- lager, dan bij matig beperkte ouderen. Dit komt doordat in de thuissituatie naar verhouding meer zorg nodig is, zoals verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, huishoudelijke hulp, et cetera. De afgelopen jaren zijn verschillende maatregelen genomen waardoor ouderen met matige beperkingen minder snel of niet meer voor intramurale zorg in aanmerking komen, zoals strengere indicatiecriteria voor verblijf. In het onderzoek wordt daarom gerekend met de doelmatigheidswinst die volgens het SCP kan worden behaald bij de ernstig beperkte ouderen. Daarbij wordt uitgegaan van een jaarlijkse inflatiecorrectie van 2,5%. Dit leidt tot een besparing van €7.500,- (dit is €6.000,- besparing in 2002 plus jaarlijkse inflatiecorrectie van 2,5% tot aan 2012).

Om een goed beeld te geven van de mogelijke doelmatigheidswinst van een hoger percentage zelfstandig wonende ouderen, wordt het woonservicegebied waar het effect van het ondersteuningsarrangement het hoogst is, vergeleken met het woonservicegebied waar het effect het laagst is. De zijn respectievelijk De Bilt en Breda.

Besparing per 10.000 inwoners in De Bilt

Het aantal intramurale plaatsen per 10.000 inwoners in de Bilt is 109. Het gemiddeld aantal plaatsen in de vergelijkingsgebieden van De Bilt is 238. Het verschil is 129 intramurale plaatsen. Dit verschil is gebaseerd op gegevens over het aantal intramurale plaatsen in een specifiek postcodegebied. Het kan voorkomen dat er in aanpalende postcodegebieden fors meer of minder intramurale plaatsen zijn als gevolg van de aan- of afwezigheid van verzorgings- of verpleeghuizen. Voor dat effect is niet gecorrigeerd.

Uitgaande van een beleidseffect van 10% leidt dit tot een besparing van €96.750,- per 10.000 inwoners ($129 \times 10\% \times €7.500,-$). Als wordt uitgegaan van een beleidseffect van 5% leidt dit tot een doelmatigheidswinst van €48.375,- per 10.000 inwoners.

Besparing per 10.000 inwoners in Breda

Het aantal intramurale plaatsen per 10.000 inwoners in Breda is 327. Het gemiddeld aantal plaatsen in de vergelijkingsgebieden van Breda is 395. Het verschil is 68 intramurale plaatsen.

Uitgaande van een beleidseffect van 10% leidt dit tot een besparing van €51.000,- per 10.000 inwoners (68 x 10% x €7.500,-). Als wordt uitgegaan van een beleidseffect van 5% leidt dit tot een doelmatigheidswinst van €25.000,- per 10.000 inwoners.

Kortom, de besparing die een woonservicegebied oplevert in het voorkomen van intramurale opnamen door ouderen langer extramuraal te laten wonen ligt tussen de €51.000,- - €96.750,- per 10.000 inwoners (bij 10% beleidseffect). Bij 5% beleidseffect bedraagt dit €25.500,- - €48.375,-. De bandbreedte laat onzekerheid zien.

Des te beter woningen aangepast zijn, des te minder zelfstandig wonende ouderen van 70 jaar thuiszorg ontvangen

Uit het onderzoek komt naar voren dat naar mate woningen beter aangepast zijn, de ouderen die daarin wonen minder thuiszorg ontvangen. Bij woningaanpassingen gaat het om domotica, personenalarmering, trapliften, douchezitjes, handgrepen, opvuldrempels, bedverhogers en toiletstoelen. Daarbij is wel een significant effect, zonder dat precies duidelijk is welk percentage van de afname van thuiszorgconsumptie wordt veroorzaakt door deze woningaanpassingen. In het onderzoek wordt daarom gerekend met een beleidseffect van 5% a 10%.

In het onderzoek zijn gegevens verzameld over welke van deze woningaanpassingen zijn uitgevoerd. Per woningaanpassing is becijferd welke kosten hieraan op jaarbasis verbonden zijn (zie ook de extra toelichting aan het eind van dit hoofdstuk):

- Domotica: €1000
- Personenalarmering: €250
- Trapliften: €333
- Douchezitjes: €143
- Handgrepen: €83
- Opvuldrempels: €133
- Bedverhogers: €83
- Toiletstoelen: €250

Met deze gegevens is vervolgens uitgerekend wat de extra kosten voor woningaanpassingen voor 70-plussers in woonservicegebieden zijn, ten opzichte van de vergelijkingsgebieden (Beuningen en Wolfskuil Nijmegen). Dit is €47.000,- per 10.000 inwoners.

In het onderzoek is ook de thuiszorgconsumptie in woonservicegebieden in kaart gebracht. Daarbij zijn de uren thuiszorg per woonservicegebied omgerekend naar thuiszorgconsumptie van 70-plussers per 10.000 inwoners. Het aantal uren thuiszorg is vervolgens vermenigvuldigd met een kostprijs van €35,- per uur (handleiding voor kostenonderzoek CVZ, 2010). Aangezien de kostprijzen in de thuiszorg de afgelopen jaren onder druk staan is hier geen inflatiecorrectie toegepast.

Om een beeld te geven van de mogelijke doelmatigheidswinst van woningaanpassingen op de thuiszorgconsumptie, wordt het woonservicegebied met de hoogste thuiszorgconsumptie per 10.000 inwoners vergeleken met het woonservicegebied waarin sprake is van de laagste thuiszorgconsumptie per 10.000 inwoners. Dit is een inschatting van het maximale effect van de woningaanpassingen op de thuiszorgconsumptie. Daarnaast vergelijken we de woonservicegebieden waar de thuiszorgconsumptie het minst verschilt met elkaar. Dat geeft een inschatting

van het minimale effect. Dit geeft de bandbreedte aan waarbinnen de mogelijke besparing zich bevindt.

In Helden Panningen wordt 1.077 uur thuiszorg per 10.000 inwoners per week afgenomen door 70-plussers. Dit betreft een extrapolatie van de triagedata van Helden Panningen naar de gehele populatie 70-plussers in Helden Panningen (gebaseerd op CBS-data), uitgedrukt in het aantal uren thuiszorg per 10.000 inwoners. In De Bilt gaat het om 329 uur. Dit is een verschil van 748 uur thuiszorg; het maximale effect. In Hogeveen wordt 531 uur thuiszorg per 10.000 inwoners per week afgenomen, terwijl het in Dronten 506 uur bedraagt. Het verschil tussen deze beide woonservicegebieden is 25 uur aan thuiszorgconsumptie; het minimale effect.

Uitgaande van een 10% beleidseffect van woningaanpassingen op thuiszorgconsumptie van 70-plussers, varieert het kosteneffect van een extra uitgave van circa €42.500,- per jaar ($25 \text{ uur} \times 10\% \times €35,- \times 52 \text{ weken}$, verminderd met €47.000,- investering aan woningaanpassingen), tot een besparing van circa €89.000,- per 10.000 inwoners per jaar ($748 \text{ uur} \times 10\% \times €35,- \times 52 \text{ weken}$, minus €47.000,- aan investeringen). Het verschil geeft de bandbreedte aan.

Als wordt uitgegaan van een beleidseffect van 5%, varieert het kosteneffect van een extra uitgave van ongeveer €44.750,- ($25 \text{ uur} \times 5\% \times €35,- \times 52 \text{ weken}$, verminderd met €47.000,- investering aan woningaanpassingen), tot een besparing van circa €21.000,- per 10.000 inwoners per jaar ($748 \text{ uur} \times 5\% \times €35,- \times 52 \text{ weken}$, minus €47.000,- aan investeringen). Het verschil geeft de bandbreedte aan.

In woonservicegebieden worden ouderen van 70 en ouder met gezondheidsproblemen minder vaak opgenomen in het ziekenhuis dan buiten woonservicegebieden. Uit het onderzoek komt naar voren dat er een significant verschil is tussen woonservice- en vergelijkingsgebieden, als het gaat om het aantal ziekenhuisopnamen van 70-plussers. Daarbij is de sterkte van het verband niet bekend. Er spelen namelijk meer verklarende variabelen, zoals de beperkingen van ouderen. Daarom wordt gerekend met een beleidseffect van 5 en 10%.

Uit de triagedata van het onderzoek blijkt dat het percentage 70-plussers dat in het ziekenhuis is opgenomen in de woonservicegebieden gemiddeld 18% bedraagt. In de vergelijkingsgebieden (Beuningen en Wolfskuil Nijmegen) betreft het een percentage van circa 22%. Dit betekent dat er in woonservicegebieden 4% minder 70-plussers in het ziekenhuis worden opgenomen, dan in vergelijkingsgebieden. Op een populatie van 10.000 inwoners in de woonservicegebieden zijn ongeveer 13% 70-plussers, ofwel 1.300 ouderen. Daarvan wordt dus 4% minder opgenomen in een ziekenhuis. Dit zijn 52 personen. Als wordt uitgegaan van een beleidseffect van 10% van woonservicegebieden, scheelt dit ongeveer 5 opnamen per jaar. De gemiddelde kosten van een ziekenhuisopname voor personen van 65 jaar en ouder bedragen €3.090,- (Vektis Zorgthermometer, 2011). Dit leidt tot een besparing van circa €15.000,- per 10.000 inwoners. Bij een beleidseffect van 5%, bedraagt de besparing ongeveer €7.500,- per 10.000 inwoners. Let wel, dit betreft alleen de kosten van ziekenhuisopnames. Eventuele kosten die gemaakt moeten worden als gevolg van de ziekenhuisopname, zoals revalidatiekosten en/of medicatie, zijn hierin niet meegenomen. Daarnaast kan een ziekenhuisopname ook bepaalde baten opleveren..

8.3 Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de beschikbare gegevens is het beperkt mogelijk om een uitspraak te doen over de doelmatigheid van woonservicegebieden. Dit heeft te maken met het feit dat gegevens over de daadwerkelijke Zvw, AWBZ, Wmo en informele zorgconsumptie beperkt beschikbaar zijn.

Het meeste geld in de ouderenzorg gaat om in de intramurale AWBZ-zorg. Het voorkomen van een intramurale opname zou logischerwijs dan ook de belangrijkste prioriteit moeten hebben. Het onderzoek laat hier ook een belangrijke besparingsmogelijkheid zien. Het voornemen om de zorgzwaartepakketten 1, 2 en 3 te extramuraliseren (zie Lenteakkoord, 2012) is in lijn met deze constatering. Tegelijk is het echter geen vanzelfsprekendheid dat hier grote kostenbesparingen worden geboekt. De omrekentabel van het CIZ, bedoeld om de zorgzwaartepakketten om te rekenen in functies en klassen voor mensen die in de thuissituatie zorg afnemen, laat zien dat het aantal uren aan verpleging, verzorging en begeleiding dat in de thuissituatie mag worden geboden hoger is, dan bij een intramuraal verblijf. Desalniettemin zou een substantiële besparing gerealiseerd kunnen worden wanneer de ruim 30.000 cliënten met indicatie voor de zorgzwaartepakketten VV1 en VV2, de zorg extramuraal afnemen.

Van andere twee significante verbanden die in deze doelmatigheidsanalyse zijn meegenomen is het besparingspotentieel minder evident. Om te kunnen bepalen in welke gevallen woning-aanpassingen tot besparingen leiden en in welke gevallen de kosten juist toenemen is aanvullend onderzoek nodig. Wat betreft het lagere aantal ziekenhuisopnames in de woonservicegebieden, het effect daarvan is relatief beperkt. Bovendien is nader onderzoek nodig waarin naast de totale kosten van een ziekenhuisopname ook de baten worden geïnventariseerd. Deze baten zijn niet in de doelmatigheidsanalyse meegenomen.

Toelichting behorende bij hoofdstuk 8

Besparing woningaanpassingen

De triage-data over woningaanpassingen zijn per woonservicegebied en vergelijkingsgebied geëxtrapoleerd naar de gehele populatie 70-plussers in deze gebieden (gebaseerd op CBS-data), uitgedrukt in het aantal woningaanpassingen per 10.000 inwoners.

Per woningaanpassing zijn de kosten per jaar becijferd. Daarbij is rekening gehouden met het investeringsbedrag en de afschrijvingstermijn (www.lekkerblijvenwonen.nl). Dit leidt tot de volgende bedragen:

Woningaanpassing	Investeringsbedrag	Afschrijvingstermijn, in jaren	Kosten op jaarbasis
Domotica	€15.000	15	€1.000
Personenalarmering	-	-	€250
Trapliften	€5.000	15	€333
Douchezitjes	€430	3	€143
Handgrepen	€250	3	€83
Opvuldrempels	€400	3	€133
Bedverhogers	€250	3	€83
Toiletstoelen	€750	3	€250

Vervolgens zijn per gebied de totale jaarlijkse kosten voor woningaanpassingen berekend, uitgedrukt in kosten per 10.000 inwoners. Het verschil tussen de woonservicegebieden en de vergelijkingsgebieden in kosten voor woningaanpassingen is genomen als maat voor de extra woningaanpassingen die in de woonservicegebieden zijn aangebracht.

Bureau HHM

Woningaanpassingen (AN/12/2013)

Gebied	Inwoners	Inwoners 70+	% 70+	domotica	personen alarmering	traplift	douchezitje	handgrepen	opvul drempels	bedverhogers	toiletstoelen	kosten/jaar
Leeuwarden	5950	1070	18%	0,0	99,2	24,8	458,9	458,9	210,8	74,4	533,3	€ 304.722
Hoogeveen	5025	425	8%	11,7	29,2	58,3	122,5	151,7	52,5	23,3	93,3	€ 100.870
Dronten	13670	1705	12%	59,0	84,3	109,6	227,5	379,2	101,1	101,1	252,8	€ 265.913
De Bilt	5955	890	15%	19,9	89,7	119,6	328,8	468,3	19,9	69,7	269,0	€ 244.075
Breda	15520	2080	13%	9,0	116,9	81,0	503,7	665,6	89,9	45,0	413,8	€ 312.055
Helden Panningen	13550	1520	11%	37,6	112,9	105,4	421,6	489,4	112,9	90,3	308,7	€ 301.975
Subtotaal	59670	7690	13%	24,7	87,3	87,3	334,6	427,6	94,5	66,9	295,3	€ 254.935
Beuningen	17565	1150	7%	12,6	63,0	63,0	201,4	289,6	75,5	88,1	214,0	€ 173.247
Wolfskuil	7225	700	10%	0,0	188,4	0,0	457,5	403,7	161,5	80,7	269,1	€ 241.856
Subtotaal	24790	1850	7%	8,5	101,8	42,4	279,9	322,3	101,8	84,8	229,0	€ 207.551

Gebied	uren thuiszorg per week 70+ per 10.000 inwoners
Leeuwarden	756,5
Hoogeveen	530,8
Dronten	505,6
De Bilt	328,8
Breda	683,6
Helden Panningen	1076,6

9. Perspectieven van ouderen in woonservicegebieden

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken nog eens samengevat. De bevindingen per proeftuin geven, volgens de in hoofdstuk 3 beschreven procedure, aanleiding tot het formuleren van vraagpatronen. Deze worden in dit hoofdstuk samengevat in het manifest van de thuiswonende oudere. In het volgende hoofdstuk laten we zien hoe de confrontatie van vraagpatronen met de resultaten uit de kwantitatieve en arrangementenanalyse leiden tot werkzame bestanddelen van woonservicegebieden.

9.1 Rode draad

De in de vorige hoofdstukken onderscheidde thema's vormen de rode draad van het narratieve onderzoek.

Optimisme en realisme

Ouderen uiten zich enerzijds optimistisch over hun eigen bestaan en de toekomst. Men vindt het belangrijk te genieten van wat men nog kan zolang men dat nog kan. Anderzijds realiseert men zich terdege dat de toekomst vroeger of later grotere afhankelijkheid en grotere beperkingen zal brengen. Vanuit een positieve kijk is men niet al te zeer bezig met concrete maatregelen daartegen (zoals trapliften of domotica), maar probeert men globaal gesproken wel te anticiperen op wat komen gaat, bijvoorbeeld door zich ruim op tijd voor een zorgwoning in te schrijven of alvast zelf te verhuizen naar een ouderdomsbestendige woning.

Terwijl de optimistische en realistische houding van ouderen een algemene trend in de verhalen is, treffen we in mindere mate ook andere geluiden aan waarin ouderen frustratie uiten over het ouder worden en alles wat men dus niet meer kan of niet meer heeft. In deze verhalen voelen ouderen zich overmatig afhankelijk, aan de zijlijn staan, of worstelen ze met eenzaamheidsgevoelens. In een heel enkel geval lijken depressieve symptomen een rol te spelen. In deze gevallen overheersen negatieve gevoelens als angst voor de toekomst en het eigen levenseinde.

Openbare ruimte en woonomgeving

Op verschillende manieren verhouden ouderen zich ten opzichte van de openbare ruimte. Vaak gaat het daarbij over mobiliteit: denk aan veiligheid in het verkeer, maar ook over nabijheid van voorzieningen waar men in de woonservicegebieden goed over te spreken is. Te lage stoepen bij bushaltes, gladheid op wandelroutes, en losliggende stoeptegels zijn voor ouderen concrete obstakels in het zich vrij bewegen door de eigen omgeving. Daarnaast treffen we ook nog een ander thema aan ten aanzien van de openbare ruimte, namelijk dat van het collectieve eigenaarschap. Zo vertellen ouderen dat zij van oudsher op de plek gewoond hebben, dat zij zich (na al die jaren) nog steeds nieuwkomers wanen, of dat zij, wanneer anderen werken, schoolgaan of met vakantie zijn, aanwezig zijn in de wijk of het dorp en daarbij een oogje in het zeil houden. Ze geven aan dat ze zich medeverantwoordelijk voelen voor de plek waarmee ze zich verbonden voelen, haar bewoners, en de sociale omgangsvormen. Concreet vormen (openbare) plaatsen als winkelcentra en parken of pleinen onbedoeld ontmoetingsplekken waar ouderen oppervlakkig maar toch betekenisvol met elkaar in contact komen (zie thema 'sociale relaties').

In de verhalen van ouderen is ruimte dan ook letterlijk op te vatten als de leefwereld van de ouderen. Men lijkt zich er goed van bewust dat de lokaliteit steeds belangrijker wordt, omdat de

eigen actieradius nu eenmaal kleiner wordt. Ouderen moeten zich door hun leefwereld begeven en obstakels (in welke vorm dan ook) werken belemmerend, of perken die leefwereld ongewenst verder in.

Autonomie en zelfredzaamheid

Ouderen laten in hun verhalen horen dat zij behoefte hebben om hun leven in te kunnen richten zoals ze dat zelf willen. Tegelijkertijd kan men zich in het dagelijks leven niet altijd even goed redden en hebben sommigen te kampen met beperkingen in de zelfredzaamheid, bijvoorbeeld door medische condities. Zij lijken echter vooral behoefte te hebben aan *regie* over het eigen leven en ondersteuning in de uitvoering daarvan. Dit raakt het thema ‘optimisme en realisme’, omdat ouderen afnemende zelfredzaamheid wel accepteren als iets dat bij het ouder worden hoort, en dat behoud van autonomie dan het volgende beste scenario vormt om naar te streven. Het vasthouden van regelmaat in de dagindeling is één van de coping strategieën die er uiteindelijk toe leidt dat men een zekere mate van autonomie behoudt.

Ten aanzien van het thema zorg en dienstverlening uiten ouderen de wens om gehoord te worden in de eigen ideeën en het eigen gevoel over medische ingrepen, behandelingen, het gebruik van hulpmiddelen en de frequentie van controles. Hoewel er vertrouwd wordt op de deskundigheid en ervaring van artsen en medisch personeel wil men niet zonder meer overgeleverd zijn aan specialistische zorg. Dat geldt ook voor zorg- en hulpverleners die bij ouderen over de vloer komen. Veel ouderen verwelkomen de ondersteuning, omdat ze er binnenshuis beter door kunnen functioneren, maar ze zijn ook in staat om hun grenzen aan te geven op het moment dat de inbreuk op hun dag of dagindeling te groot wordt.

Fysieke en psychische kanten van het welbevinden

Ouder worden brengt fysieke klachten en beperkingen met zich mee, daarover zijn verreweg de meeste ouderen het eens. Over hun medische condities spreken ze in neutrale bewoordingen, bijvoorbeeld als een kale opsomming van wat men allemaal mankeert en welke therapie men ondergaat. Tegelijkertijd verradt de toon van hun verhalen meer emotionele betrokkenheid als men vanuit de medische condities redenerend vertelt wat voor impact het heeft op het dagelijks functioneren. Dit suggereert dat in het dagelijks leven van ouderen vooral de gevolgen van fysieke en medische klachten op welzijn en sociale contacten van betekenis zijn. Op het fysieke welbevinden heeft men maar weinig invloed, het hoort erbij en je hebt het maar te accepteren. Het meest vervelend is dan echter dat het gevolgen heeft voor het psychisch welbevinden.

Sociale relaties: diepgaand en oppervlakkig

Ouderen spreken doorgaans op zeer betrokken wijze over hun sociale contacten en relaties met naasten en anderen. Wel kiezen ze, zorgvuldig en soms rigoureuze, met wie ze wel een sociale relatie willen onderhouden en met wie niet, of tot hoe ver dat wenselijk is. De diepgaande relaties betreffen vooral leden van de naaste familie, zoals kinderen en kleinkinderen, en vrienden van vroeger. Meer oppervlakkige relaties betreffen enerzijds contacten met burens en buurtgenoten met wie men wel eens een praatje maakt rondom de woning, en anderzijds toevallige contacten op ontmoetingsplaatsen zoals het winkelcentrum of een plaats waar men naar binnen loopt om koffie te drinken. Deze oppervlakkige relaties en ontmoetingen worden desalniettemin geschetst als uiterst betekenisvol: ze bekrachtigen het gevoel dat men geworteld en gekend wordt in de buurt. Dit is ook af te leiden uit uitspraken in bepaalde proeftuinen waarbij mensen het als een gemis ervaren dat bekenden uit de directe omgeving wegvallen, en dat daardoor de ervaring van gezamenlijkheid in de wijk afbrokkelt.

Het bewust aangaan van nieuwe sociale relaties komt minder sterk naar voren, terwijl sociaal

contact ook een behoefte op zich zou kunnen zijn. Nieuwe contacten die men aangaat worden met name gefaciliteerd door verbanden zoals verenigingen, vrijwilligerswerk en andere georganiseerde activiteiten. Ook betreffen het soms ondersteuningscontacten die zich hebben doorontwikkeld tot een vriendschappelijke band. Sociale relaties lijken in de ogen van sommige ouderen dan ook eerder een bijkomend voordeel dan een doel op zich te zijn waar men zelf actief naar streeft.

Ondersteuning door buren, nabije personen

Veel respondenten geven aan dat zij bij praktische maar ook emotionele of sociale problemen en beperkingen ondersteund worden door buren van alle leeftijden en achtergronden. Deze steun helpt om het dagelijks leven thuis vol te houden. Soms gaat de ondersteuning zo ver dat men erop aangekeken wordt geen hulp te hebben gevraagd. Evenwel vinden veel ouderen het lastig om daadwerkelijk een beroep op anderen te doen, dus hulp te vragen. Ook hechten zij aan wederkerigheid in het maatschappelijk verkeer. Het voelt voor hen niet prettig om vanuit een afhankelijke positie slechts ontvanger van zorg en ondersteuning te zijn. Zij hebben de behoefte om ook iets terug te kunnen doen. De vorm van deze bijdragen kan variëren van het ondersteunen van anderen of vrijwilligerswerk tot het fungeren als ogen en oren van de wijk.

In zekere zin kan de behoefte aan wederkerigheid worden geduid als een behoefte om niet alleen afhankelijk te zijn. Als je afhankelijk bent, ben je met name consument van hulp en ondersteuning en is je rol in de maatschappij dus beperkt. In een samenleving waarin maatschappelijk nut en prestatie een belangrijke rol in de identiteit van individuen vervullen is het dan niet ondenkbaar dat het individu ook graag iets wil bijdragen om als mens en individu erkenning te krijgen en waardevol te worden gevonden en daarmee zijn of haar identiteit bevestigd te zien.

Ondersteuning door beroepskrachten in zorg en welzijn

Ten aanzien van de ondersteuning door beroepskrachten zijn ouderen niet altijd even uitgesproken over de inhoud van de zorg of ondersteuning. Wat opvalt is dat dit soort verhalen veelal opduikt in de context van de persoonlijke band die men met een beroepskracht heeft. Dit duidt erop dat men beroepskrachten ziet als personen met wie men een betekenisvolle relatie heeft. Soms gaat dit zelfs zeer ver: men kent elkaar persoonlijk goed of als de thuishulp van werkgever verandert is men bereid van aanbieder mee te veranderen om van contact te kunnen houden. Vertrouwen in de persoon die professioneel ondersteunt of zorgt lijkt dan ook essentieel: het hebben van een persoonlijke en vertrouwde band wordt gezien als een belangrijke factor voor de inschatting of men over de inhoud van de diensten tevreden is. Nieuwe professionals (bijvoorbeeld een huisarts) of veelvuldig wisselende beroepskrachten (bijvoorbeeld vanuit de thuiszorg) worden vaak geschetst in een context van onzekerheid en last. Vertrouwen en respect moet de betreffende persoon in de ogen van de oudere nog maar verdienen.

Men noemt niet veel klachten over zorg- en dienstverleners, en waar men wel over spreekt zijn eerder ergernissen dan dat er iets grondig mis gaat. Hierbij valt te denken aan: gebrekkige communicatie tussen medische afdelingen in het ziekenhuis of tussen organisaties; beroepskrachten die te weinig oog hebben voor het perspectief van de oudere, maar vooral vanuit hun eigen opdracht redeneren; incidenten waarbij iemand niet de juiste hulp krijgt. Er lijkt in deze ergernissen echter geen duidelijk patroon te zitten, wat er op wijst dat men over het algemeen tevreden is over hulp- en dienstverlening. Ook het gegeven dat men interventies van beroepskrachten vrij neutraal en feitelijk beschrijft sluit hierbij aan: kennelijk is het allemaal zo vanzelfsprekend dat de geboden hulp er is en dat deze geboden wordt, dat men zich ook daadwerkelijk geholpen voelt.

Een specifiek thema dat in veel proeftuinen naar voren komt heeft wel indirect te maken met de ondersteuning door beroepskrachten. Het betreft de soms rigide methoden, werkwijzen, procedures en regels die vanuit instellingen worden gehanteerd om diensten en zorg te verlenen. Concreet wordt door ouderen in verschillende proeftuinen gewag gemaakt van thuiszorg die ‘ergens van zo laat tot zo laat’ komt, en waar men dan maar de hele ochtend op moet gaan zitten wachten. Een ander voorbeeld betreft inefficiënte verwijspaden of wachttijden in bijvoorbeeld het ziekenhuis, waar men zich voor in ingewikkelde bochten moet wringen om in het systeem te passen. Vaak lijkt men zich als cliënt of patiënt hierin niet het centrum van het proces te voelen, maar eerder een bijzaak. Dat gegeven maakt dat ouderen zich er afhankelijker van gaan voelen, hetgeen indirect effect zal hebben op hun ervaren autonomie.

9.2 Manifest thuiswonende oudere

Op basis van de rode draad in de resultaten is het mogelijk om een reconstructie te maken van de belevingswereld van de typische thuiswonende (kwetsbare) oudere, zoals die in dit onderzoek centraal staat. Deze reconstructie wordt hieronder zichtbaar in wat het *Manifest van de Thuiswonende Oudere* genoemd kan worden. Uiteraard gelden deze uitspraken niet voor elke oudere, en is er wellicht niemand te vinden die alle uitspraken ten volle onderschrijft. Desondanks kan het manifest gelezen worden als een prototypisch beeld van de beleving, logica en levenshouding van de thuiswonende oudere in dit onderzoek. Juist omdat ouderen zelf het zo treffend kunnen zeggen laten we in bijlage 7 de bijgevoegde citaten uit de vraaggesprekken voor zich spreken.

De teneur van het manifest verschaft daarnaast globale aangrijpingspunten voor praktische maatregelen bij de inrichting van woonservicegebieden. Het prototypische beeld geeft inzicht in wat voor de thuiswonende ouderen relevante thema's zijn en hoe deze in elkaar grijpen. Bij het in de praktijk verbeteren of vernieuwen van de kwaliteit van zorg en dienstverlening verdient het daarom aanbeveling om het manifest te hanteren als een denkbeeldig gesprekspartner. Daarbij zou de vraag voor de professional steeds moeten zijn: wat zou De Thuiswonende Oudere (zie manifest) van deze praktijkverbetering of deze dienst vinden.

“Ik, thuiswonende oudere...”

9. Wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen, in mijn eigen huis, te midden van mijn eigen sociale netwerk en in mijn eigen wijk, zoals het altijd is geweest;
10. Wil door anderen worden ondersteund in dit streven, hetzij door persoonlijke hulp, hetzij door aanpassingen in mijn omgeving (woning en wijk), hetzij door keuzes geboden te worden in het vorm geven aan mijn leven;
11. Ben in het licht van al mijn beperkingen en toenemende lichamelijke en geestelijke ongemakken tegelijk realistisch en optimistisch over de mogelijkheden die mij nog resten in het zicht van de haven;
12. Verwacht dat mijn omgeving zorgt voor een basisniveau van toegankelijke (medische) zorg en ondersteuning op het moment dat ik aangeef die nodig te hebben;

13. Wil van betekenis zijn voor mensen in mijn omgeving en niet slechts een last vanuit volledige afhankelijkheid;
14. Heb een eigen identiteit als bewoner van deze wijk of dit dorp en wens daarin erkend en herkend te worden;
15. Maak gebruik van de oplossingen die mij worden geboden als ik ze nuttig vind en verzin anders mijn eigen oplossingen;
16. Wens dat organisaties en beroepskrachten die mij ondersteunen aansluiten bij mijn leefwereld in plaats van dat ze mij dwingen me te voegen in hun systemen.”

9.3 Discussie

Op grond van de rode draad van de narratieve resultaten en het Manifest van de Thuiswonende Oudere zijn verschillende aanknopingspunten te vinden voor concrete verbetering of ontwikkeling van structuur en praktijken in woonservicegebieden en gebieden die zich tot woonservicegebied willen ontwikkelen. Daarbij moeten nog wel een aantal kwesties in het oog worden gehouden.

Voor het vraagpatronenonderzoek geldt dat het onderscheid tussen proeftuinen en referentiegebieden geen discreet onderscheid is. In de proeftuinen hebben de initiatiefnemers verschillende accenten gelegd, zoals op wonen en vastgoed in Didam en Dronten, of op het ontwikkelen van lokale netwerken in Helden-Panningen en Leeuwarden. Die verschillen vertalen zich, via een lange omweg, in een breed spectrum aan narratieven over praktische zaken die te maken hebben met de langdurige processen die nodig zijn om aanbieders en gebruikers dicht bij elkaar te brengen. Bovendien valt het op dat veel details van die initiatieven in de verhalen van de ouderen niet direct een rol spelen. Maar dat hoeft niet te betekenen dat de betreffende bouwsteen van een woonservicegebied niet goed ‘staat’. Daarnaast zijn er in de referentiegebieden Beuningen als in Wolfskuil praktijken op het gebied van wonen, zorg en welzijn waarmee het concept woonservicegebied wordt benaderd. Uitspraken van ouderen in de referentiegebieden kunnen dus niet worden beoordeeld op basis van het geheel ontbreken van kenmerken van een woonservicegebied. De vraagpatronenanalyse geeft bij uitstek inzicht in de leefwereld van ouderen, die zich afspeelt binnen een unieke wijkcontext en buiten de papieren werkelijkheid van convenanten en systemen.

In de rode draad van de narratieve studies werd gesuggereerd dat in het dagelijks leven van respondenten welzijn en sociale contacten meer betekenisvol zijn dan de fysieke en medische aspecten, omdat zij over de laatste categorie neutraler spreken. Dat komt deels doordat de invulling van een gemiddelde dag als uitgangspunt is genomen, om zodoende meer inzicht te krijgen in de beleavingswereld van ouderen. Hierdoor stonden de directe woon- en leefomgeving en de dagelijkse contacten centraler dan periodiek bezoek aan huisarts, fysiotherapeut of ziekenhuis. Het is dus niet vast te stellen of fysieke en medische gesteldheid daadwerkelijk minder belangrijk voor hen *is*. De analyses geven inzicht in de wereld zoals die door ouderen in hun verhalen verschijnt, de zogeheten narratieve waarheid. Deze valt niet per definitie samen met de historische waarheid, de loop der gebeurtenissen zoals die min of meer objectief vast te stellen is. In lijn daarmee kan men zich voorstellen dat ook de vertellende ouderen zelf het vervelend vinden om al te lang over de fysieke gebreken te spreken, en zich daarom beperken tot een kale

opsomming. Desalniettemin past de bevinding dat het sociale welbevinden als belangrijker wordt ervaren wel in het patroon dat voortkomt uit zowel kwantitatieve als kwalitatieve analyses. Juist voor aanbieders in het woonservicegebied is het belangrijk om dit te beseffen.

In de verhalen klinkt soms een ondertoon van ouderen als machthebbers door, met name in Didam en Helden-Panningen, maar soms ook van ouderen als slachtoffers, met name Beuningen en Wolfskuil, de twee gebieden die niet als woonservicegebied zijn aangemerkt. Enige mate van slachtofferschap klinkt ook door in het woonservicegebied Bilgaard in Leeuwarden. Dit patroon zou er op kunnen duiden dat het effect heeft dat er in woonservicegebieden naar gestreefd wordt om (meer) aandacht te hebben voor ouderen en hun wensen, hetgeen in het bijzonder in Didam en Helden-Panningen het geval is, en vanzelfsprekend in de referentiegebieden Beuningen en Wolfskuil niet. Qua effect ligt het ook in lijn met de kwantitatieve bevinding dat in de proeftuinen het welbevinden minder snel afneemt als beperkingen toenemen dan in de referentiegebieden. De mate waarin ouderen zich in een bepaald doelgebied machthebber voelen verwijst rechtstreeks naar de waargenomen autonomie, en zou in die zin een mogelijk goede indicator kunnen vormen voor het meten van de effectiviteit van het arrangement.

Op verschillende manieren leveren ouderen een constructieve bijdrage. Ouderen ondersteunen elkaar en de lokale gemeenschap in brede zin op allerlei manieren. Ze doen boodschappen, klusjes en administratief werk voor elkaar, gaan mee op jeugdkamp, passen op het huis van de burens of signaleren misstanden op straat. Daarnaast verzinnen ze creatieve oplossingen bij eigen (praktische) problemen als gevolg van ouderdomsbeperkingen of hebben ze duidelijke voorkeuren ten aanzien van gewenste zorg of stellen ze essentiële vragen, zoals ten aanzien van het (eigen) levenseinde of over omgangsvormen vroeger en nu. Soms geven ouderen expliciet aan dat ze daarin wel eens erkenning missen. Wat daarmee duidelijk wordt is dat er met betrekking tot dit punt in de meeste woonservicegebieden nog veel te winnen valt: ouderen hebben wel ideeën over hoe ze aan het welzijn van de lokale gemeenschap zouden kunnen bijdragen, maar die ideeën worden niet geconcretiseerd, deels omdat voor ouderen niet duidelijk is wie in de wijk/buurt er behoefte aan heeft en deels omdat niemand er naar vraagt of er actie op onderneemt. Deze constatering heeft ons inziens dan ook speciale aandacht bij het ontwikkelen van nieuwe of het verbeteren van de dienstverlening van bestaande woonservicegebieden. Kortom, ouderen weten zelf het best wat zij nodig hebben om langer thuis te blijven wonen.

Referenties

- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2000), *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research*, London, Sage Publications.
- Basten, F. (2010), *Cursus Narratieve Analyse, Module 2: Maken van een Onderzoeksdesign*, Nijmegen: [campus]Orléon, <http://www.campusorleon.nl>.
- Bauer Granberry, L. (2009), 'Cohousing and Shared Housing', in Abbot, P., Carman, N., Carman, J. en Scarfo, B. (red.), *Re-creating Neighborhoods for Successful Ageing*, Baltimore, Health Profession Press: p. 145-162.
- Biene, M. van, Basten, F., Erp, M. van, Hoof, P. van, Meesters, J., Satink, T., Joosten, H., Hulst, H. van der, Lenkhoff, M., & Lips, K. (2008). *De standaardvraag voorbij: narratief onderzoek naar vraagpatronen*, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Lokale Dienstverlening vanuit Klantperspectief.
- Bohlmeier, E. T., Westerhof, G. J., Randall, W., Tromp, T., & Kenyon, G. (2011), 'Narrative Foreclosure in Later Life: Preliminary Considerations for a New Sensitizing Concept', *Journal of Ageing Studies*, 25: 364-370.
- Campen, van, C. (2011), *Kwetsbare Ouderen*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Carman, J. & Fox, E. (2009), 'Outdoor Environments Supportive of Independence and Ageing Well', in Abbot, P., Carman, N., Carman, J. & Scarfo, B. (red.), *Re-creating Neighborhoods for Successful Ageing*, Baltimore, Health Profession Press: p. 163-209.
- CBS (2011), *Prognose vergrijzing, Statline*, Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen, gewijzigd op 10-01-2011.
- Culler, J. (2001), *The pursuit of signs: semiotics, literature, deconstruction*, London, Routledge.
- Deuten, J. en M. Lubbe (2010), *Effecten van woonservicegebieden*, SEV (nu Platform 31), Rotterdam.
- Dobbs, B. & Strain, L. (2008), 'Staying Connected: Issues of Mobility of Older Rural Adults', in Keating, N. (red.), *Rural Ageing: A Good Place to Grow Old?*, Bristol, The Policy Press: p. 87-95.
- Dormans, S. (2008), *Narrating the City: Urban tales from Tilburg and Almere*, Nijmegen, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Eales, J., Keefe, J. & Keating, N. (2008), 'Age-friendly Rural Communities', in Keating, N. (red.), *Rural Ageing: A Good Place to Grow Old?*, Bristol, The Policy Press: p. 109-120.
- Field, A. (2009), *Discovering statistics using SPSS*, third edition. Londen, SAGE Publications Ltd.
- Findlay, R. & McLaughlin, D. (2005), 'Environment and Psychological Responses to Ageing', in Andrews, G. and Philips, D. (red.), *Ageing and Place: Perspectives, Policy, Practice*, Abingdon, Routledge: p. 118-132.
- Hanson, W., Creswell, J., Plano Clark, V., Petska, K. & Creswell, D. (2005), 'Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology', *Journal of Counseling Psychology*, 52 (2): p. 224-235.
- Harkes, D. & J. Singelenberg (2004), *Woonzorgzone of servicewijk, Hoe noemen we woongebieden waar zorg en diensten extra goed geregeld zijn?*, Utrecht, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.
- Heikkinen, H., Huttunen, R. & Syrjälä, L. (2007), 'Action Research as Narrative: Five Principles for Validation', *Educational Action Research*, 15 (1): p. 5-19.
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2000), *The self we live by: narrative identity in a postmodern world*, Oxford University Press.
- Jonghe, F. de, Dekker, J. & Goris, C. (1997), *Steun, stress, kracht en kwetsbaarheid in de psychiatrie*, Assen, Van Gorcum.
- Keating, N. & Philips, J. (2008), 'A Critical Human Ecology Perspective on Rural Ageing', in Keating, N. (red.), *Rural Ageing: A Good Place to Grow Old?*, Bristol, The Policy Press: p. 1-19.
- Lawton, M.P. en Simon, B. (1968), 'The Ecology of Social Relationships in Housing for the Elderly', *Gerontologist* 8: p. 108-15.

- Lawton, M.P. (1985), 'The Elderly in Context: Perspectives from Environmental Psychology and Gerontology', *Environment and Behavior*, 17 (4): p. 501-19.
- Mertens, D. (2007), 'Transformative Paradigm: Mixed Methods and Social Justice', *Journal of Mixed Methods Research*, (1): p. 212-225.
- Ministerie VROM (2009), *WoON 2009, Vragenlijst module woningmarkt*, Ministerie VROM, Den Haag.
- Oswald, F., Wahl, H.-W., Schilling, O., Nygren, C., Fänge, A., Sixsmith, A., et al. (2007), Relationships between Housing and Healthy Ageing in Very Old Age, *The Gerontologist*, 47: p. 96-107.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C. & Wahl, H.-W. (2010), 'Is Ageing in Place a Resource for or a Risk to Life Satisfaction?', *The Gerontologist*, 51 (2): p. 238-50.
- Patton, M. (2002), *Qualitative Research and Evaluation Methods*, London, Sage Publications.
- Peters, L.L., Boter, H., Buskens, E., Slaets, J.P.J. (2012), Measurement Properties of the Groningen Frailty Indicator in Home-Dwelling and Institutionalized Elderly People, *JAMDA*, Vol. 13, Issue 6; 2012.
- Rowles, G.D. (1978), *Prisoners of Space? Exploring the Geographical Experience of Older People*, Boulder, CO: Westview Press.
- RVZ (1997/1998), *Met Zorg Wonen deel 1 en 2*, Advies uitgebracht aan de staatssecretaris van VWS, Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Sale, J., Lohfeld, L. & Brazil, K. (2002), 'Revisiting the Quantitative-Qualitative Debate: Implications for Mixed-Methods Research', *Quality & Quantity*, 36: p. 43-53.
- Schuurmans, H., N. Steverink, S. Lindenberg, N. Frieswijk & J. Slaets (2004), Old or Frail: What tells us more?, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59A (9): p. 962-965.
- SER (2008), *Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van AWBZ*, uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, SER.
- Singelenberg, J. & van Triest, N. (2009), *Voorstudies woonservicegebieden*, Rotterdam: SEV (nu Platform 31).
- Singelenberg, J., van Triest, N. & van Xanten, H. (2012), *Woonservicegebieden, Klaar voor de volgende ronde, SEV-advies*, SEV (nu Platform 31), Rotterdam.
- Smith, E. (2009), *Ageing in Urban Neighbourhoods: Place Attachment and Social Exclusion*, Bristol, The Policy Press.
- Steverink, N., Slaets, J.P.J., Schuurmans, H., & Lis, M. van (2001), Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI), *The Gerontologist*, 41, special issue 1, p. 236-237.
- VROM (2009), *WoON 2009, Vragenlijst module Woningmarkt*, Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.
- VROMRaad (1998), *Advies over Wonen met Zorg*, uitgebracht aan de staatssecretaris van VROM, Den Haag, VROMRaad.
- Wild, B., Lechnet, S., Herzog, W., Maatouk, I., Wesche, D., Raum, E., Müller, H., Brenner, H., Slaets, J., Huyse, F., Söllner, W. (2011), Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons: The INTERMED for the Elderly (IM-E), *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 70, Issue 2, February 2011, p. 169-178.
- Welschen, R.W. (1994), *Ouderenzorg met toekomst*, Advies van de commissie Modernisering Ouderenzorg, Den Haag, Staatsuitgeverij.
- Wenger, G.C. & Keating, N. (2008), The Evolution of Networks of Rural Older Adults, in Keating, N. (red.), *Rural Ageing: A Good Place to Grow Old?*, Bristol, The Policy Press: p. 33-42.

Bijlagen

1. Bestanddelen proeftuinen
2. Enquête
3. Interviewguide vraaggelassen
4. Beperkingen onderzoek
5. Gedetailleerde resultaten kwantitatief deelonderzoek
6. Narratieve uitkomsten per proeftuin
7. Manifest thuiswonende oudere met citaten
8. Lokale onderzoeksrapporten per proeftuin

Deze bijlagen zijn online beschikbaar via www.wonenouderen.nl.

Samenstelling onderzoeksteam en externe contacten

Onderzoeksteam

George de Kam, Daniëlle Damoiseaux, Laura Dorland en Roos Pijpers - Radboud Universiteit Nijmegen,
Institute for Management Research, research group SCAPES
Martha van Biene, Erik Jansen, Joos Meesters en Karen Lips - Hogeschool van Arnhem en Nijmegen,
Kenniscentrum HAN SOCIAAL, Lectoraat Lokale Dienstverlening vanuit Klantperspectief
Joris Slaets - UMC Groningen, Universitair Centrum Ouderengeneeskunde
Jeroen Singelenberg - Platform 31 (voorheen SEV)

Netwerk uitvoering veldwerk (enquêtes en interviews)

Docenten en studenten van

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Hanzehogeschool Groningen
Saxion Hogeschool
Hogeschool van Amsterdam
Hogeschool Utrecht
Hogeschool Zeeland
Windesheim Hogeschool
Radboud Universiteit Nijmegen

Contactpersoon

Joos Meesters en Karen Lips
Mathieu de Greef
Monique Engelbertink en Geke Flier
Margriet Pol
Inge Scheijmans
Eric Hageman
Cathy Sjerps -
Roos Pijpers en Laura Dorland

Lokale netwerken

Proeftuinen

Bilgaard, Leeuwarden
Krakeel, Hoozevee
Berflo Es, Hengelo
Meulenvelden, Didam
Rond de Regenboog, Dronten
De Bilt-West
Zeevang, De Verbinding
Middelburg Noord-Oost
Hoge Vucht, Breda
Helden-Panningen

Contactpersoon

Oebele Herder en Jan Marinus Propsma
Henk Fokkes
Marieke van den Berg
Paul Kivit
Niesje Snijder
Marita Meulmeester
Menno van Eekhout en Cindy Meinen
Tanja de Bruin
Juan Selekty
Ron Genders

Externen

ABF Research
Bureau HHM
Object Vision BV
Niesje Snijder en Timon Lely
Bossers & Cnossen

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg, met aanvullende bijdragen van Stichting Maatschappelijke Locatie Ontwikkeling (MLO), Actiz organisatie van zorgondernemers en Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV).

AUTEURS:

George de Kam, Daniëlle Damoiseaux, Laura Dorland en Roos Pijpers - *Radboud Universiteit Nijmegen, Institute for Management Research, research group SCAPES*
Martha van Biene en Erik Jansen - *Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Kenniscentrum HAN SOCIAAL, Lectoraat Lokale Dienstverlening vanuit Klantperspectief*
Joris Slaets - *UMC Groningen, Universitair Centrum Ouderengeneeskunde*

VOOR CORRESPONDENTIE:

woonservicegebied@fm.ru.nl
www.wonenouderen.nl

DIT RAPPORT IS MEDE MOGELIJK GEMAAKT DOOR INHOUDELIJKE BIJDAGEN VAN:

Joos Meesters en Karen Lips - *Hogeschool van Arnhem en Nijmegen*
Jeroen Singelenberg - *Platform 31 (voorheen SEV)*
Bureau HHM - ABF Research - Object Vision BV – Stichting MAAT
Mathieu de Greef - *Hanzehogeschool Groningen*
Monique Engelbertink en Geke Flier - *Saxion Hogeschool*
Margriet Pol - *Hogeschool van Amsterdam*
Inge Scheijmans - *Hogeschool Utrecht*
Eric Hageman - *Hogeschool Zeeland*
Cathy Sjerps - *Windesheim Hogeschool*
Niesje Snijder en Timon Lely

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg, met aanvullende bijdragen van Stichting Maatschappelijke Locatie Ontwikkeling (MLO), Actiz organisatie van zorgondernemers en Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV).